

Année 1897

# THÈSE

N°

517

POUR

## le Doctorat en Médecine

*Présentée et soutenue le lundi 19 juillet 1897, à une heure*

PAR

Joseph VITALIEN

Né à

le

187

---

# PÉRITONITE CANCÉREUSE

PRIMITIVE

---

*Président : M. HAYEM.*

POTAIN.

*Juges : MM.* CHAUFFARD.

GAUCHER.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical*

---

PARIS

PAUL DELMAR

29 - Rue des Boulangers - 29

1897



Année 1897

# THÈSE

N°

317

POUR

## le Doctorat en Médecine

*Présentée et soutenue le lundi 19 juillet 1897, à une heure*

PAR

Joseph VITALIEN

Né à

le

187

---

# PÉRITONITE CANCÉREUSE

## PRIMITIVE

---

*Président : M. HAYEM.*

*Juges : MM. {*  
*POTAIN.*  
*CHAUFFARD.*  
*GAUCHER.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical*

---

PARIS

PAUL DELMAR

29 - Rue des Boulangers - 29

1897

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen. . . . . M. BROUARDEL.**

## Professeurs :

MM.

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale . . . . .                                             | GARIEL.        |
| Histoire naturelle . . . . .                                            | N.             |
| Chimie médicale . . . . .                                               | GAUTIER.       |
| Pathologie et thérapeutiques générales . . . . .                        | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie . . . . .                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie . . . . .                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale . . . . .                             | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale . . . . .                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | LABOULBENE.    |
|                                                                         | CHANTEMESSE.   |
|                                                                         | DIEULAFOY.     |
| Clinique médicale . . . . .                                             | POINAIN.       |
|                                                                         | JACCOUD.       |
|                                                                         | HAYEM.         |
| Maladie des enfants . . . . .                                           | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | RAYMOND.       |
|                                                                         | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | LE DENTU.      |
|                                                                         | TILLAUX.       |
|                                                                         | BERGER.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique . . . . .                                     | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement . . . . .                                       | TARNIER.       |
|                                                                         | PINARD.        |

## Professeurs honoraires

M. N...

## Agrégés en exercice

| MM.         | MM.         | MM.                    | MM.       |
|-------------|-------------|------------------------|-----------|
| ACHARD.     | GAUCHER.    | MARIE.                 | SEBILLEAU |
| ALBARRAN.   | GILBERT.    | MENETRIER.             | THIERY.   |
| ANDRE.      | GILIE DE LA | NELATON.               | THOINOT.  |
| BAR.        | TOURETTE.   | NETTER.                | TUFFIER.  |
| BONNAIRE.   | GLEY.       | POIRIER, chef des tra- | VA'NNIER. |
| BROCA.      | HARTMANN.   | vaux anatomiques.      | WALTHER.  |
| CHARRIN.    | HEIM.       | RETTNER.               | WEISS.    |
| CHASSEVANT. | LEJARS.     | REMY.                  | WIDAL.    |
| DELBET.     | LETULLE.    | RICARD.                | WURTZ.    |
|             | MARFAN.     | ROGER.                 |           |

*Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR HAYEM

Professeur de la Faculté de Médecine

Médecin des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

## INTRODUCTION

---

En choisissant la péritonite cancéreuse primitive pour sujet de notre thèse, nous n'avons voulu émettre aucune prétention. Nous avons simplement cherché à montrer dans un modeste travail synthétique, l'état actuel de la question. Car la péritonite cancéreuse primitive est au nombre des affections qui donnent lieu à des controverses puisqu'on lui marchandé une place dans le cadre des entités propres.

Mais avant d'entamer notre sujet, nous tenons à adresser nos remerciements aux maîtres qui ont guidé nos études médicales et nous ont aidé de leur savoir et de leur expérience. Que M. le professeur Pinard, que MM. les professeurs agrégés Lécorché, Pozzi, Ricard, Thiery et M. le docteur Ferrand veuillent bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions trop témoigner notre reconnaissance à M. le professeur Hayem pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous devons un mot tout particulier à notre ancien chef, aujourd'hui notre ami, M. le D<sup>r</sup> Ch. Sizaret, médecin en chef à l'asile de Pontorson (Manche). Il nous sera difficile d'oublier les trois années passées dans son service à Clermont (Oise), ni l'intelligente direction qu'il imprimait à nos études en pathologie mentale.

Enfin, que notre ami Rosenthal, interne des hôpitaux, nous permette de le remercier de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et de nous avoir aidé de son érudition.

# PÉRITONITE CANCÉREUSE

## PRIMITIVE

---

### DÉFINITION

Sous le nom de péritonite cancéreuse primitive, on désigne les tumeurs épithéliales qui se développent au-dessus du péritoine, n'envahissent les organes que secondairement et s'accompagnent d'une réaction inflammatoire de la séreuse.

Cette maladie doit absolument être séparée de tous les cas de péritonite cancéreuse secondaire, où le péritoine n'est atteint que secondairement et où le processus frappe d'abord un organe de la cavité abdominale, par exemple l'ovaire.

## ÉTIOLOGIE

La péritonite cancéreuse primitive, comme tous les cancers, a une étiologie extrêmement obscure. En l'absence de connaissance de la cause des cancers, et de leur localisation, on est réduit à invoquer la diathèse cancéreuse, les prédispositions individuelles ou l'hérédité.

L'âge avancé, le rhumatisme ont également été considérés comme des causes prédisposantes de la maladie.

L'âge est celui de toutes les néoplasies. Le maximum des cas est de 40 à 60 ans.

Ce qui est plus spécial, c'est que cette affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Dans 28 cas que Mougird a réunis dans sa thèse, on ne trouve que 10 hommes et 18 femmes.

Ces 28 cas sont répartis comme il suit par rapport à l'âge.

| Age         | Hommes | Femmes |
|-------------|--------|--------|
| 10 à 20 ans | 0      | 1      |
| 20 à 30 »   | 2      | 3      |
| 30 à 40 »   | 1      | 2      |
| 40 à 50 »   | 3      | 3      |
| 50 à 60 »   | 2      | 6      |
| 60 à 70 »   | 0      | 3      |
| 70 à 80 »   | 2      | 2      |

Petrina, sur une statistique de 40 cas relève 16 hommes et 24 femmes.

Au point de vue de l'histoire de la maladie, on peut dire que c'est Cruveilhier qui appelle l'attention sur l'existence de la maladie. Les travaux de Bamberger, de Petrina, de Debove, de Cornil et Ranvier ont contribué pour une large part à préciser son histoire clinique et anatomique.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quoique les descriptions avec autopsie du cancer primitif du péritoine soient relativement nombreuses, on n'en trouve pas moins encore, même dans ces dernières années, des auteurs qui refusent l'autonomie à cette maladie. A l'article péritonite du Dictionnaire Jaccoud, nous trouvons ces mots signés de Siredey et Danlos: « Dans le cancer du péritoine, tous les signes abdominaux, même la saillie épiploïque transversale peuvent simuler la péritonite tuberculeuse, mais, outre que le cancer du péritoine est toujours consécutif à un cancer viscéral dont l'existence a été souvent reconnue avant l'existence de symptômes péritonitiques, etc. (*Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratique*, t. 26, p. 81).

On ne saurait nier plus nettement l'autonomie du cancer du péritoine.

Dans une thèse de Paris soutenue en 1893 par le Dr Clavier sur le diagnostic de la péritonite tuberculeuse, on trouve également cette négation: « De plus, la péritonite cancéreuse est toujours secondaire à une affection cancéreuse d'un organe abdominal... »

Il est cependant impossible de repousser les résultats des

observations détaillées, avec présentation de pièce, de la Société anatomique.

Il nous semble que les auteurs qui ont nié l'existence de la péritonite cancéreuse primitive ont été dominés par une idée théorique.

C'est ce que Lancereaux expose dans son *Traité d'Anatomie pathologique*, t. II, p. 324.

« Nous trouvons, dit-il, dans le péritoine autant de tumeurs diverses que ce sac membraneux contient d'éléments particuliers, à savoir des endothéliomes, des lymphomes et des fibromes...

« Quelques tumeurs s'y rencontrent rarement; ce sont celles dont les éléments ne font pas partie intégrante de la composition du péritoine; il en est de même des épithéliomes qui s'y développent *toujours secondairement*.

Si, avec la théorie de la différenciation des tissus d'après les feuilletts embryonnaires qui les ont fait naître, il est facile d'admettre les tumeurs épithéliales dans les organes à naissance ectodermique ou endodermique, cancer du poumon, cancer de l'utérus, du foie, etc.; il semble impossible que le péritoine, produit essentiellement mésodermique, donne naissance à des épithéliomes, et même des carcinomes.

Nous nous permettrons de faire observer que cette théorie ne saurait, quelle que soit la valeur et l'autorité des maîtres qui la soutiennent, annuler des faits nombreux; et de plus, nous ferons remarquer que l'existence de la péritonite cancéreuse pourrait être rapportée à la théorie de Conheim.

On sait que, pour cet observateur, les tumeurs proviennent de germes embryonnaires qui ne se sont pas développés et qui, à un moment de la vie, se mettent à proliférer d'une façon atypique.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter ni cette théorie générale, ni l'objection fort grave que lui oppose Quénu, qui demande pourquoi le germe foetal prend un développement atypique ; mais étant donné que le cancer primitif du péritoine est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, que souvent les observations rapportent l'existence d'une tumeur péritonéale considérable développée dans les ligaments larges ou dans les culs-de-sac, indépendamment des ovaires et des trompes saines, nous croyons pouvoir signaler une hypothèse qui nous a été communiquée par notre ami Rosenthal (1).

Les observations relevées notent l'intégrité des ovaires et des trompes, mais sont muettes sur l'état de ces organes embryonnaires contenus dans les ligaments larges.

Il sera intéressant de vérifier leur présence et leur intégrité dans les observations suivantes et de voir si ce n'est pas dans ces organes embryonnaires que le péritoine puiserait son élément épithélial. Il y aurait un rapprochement à faire avec les tumeurs du médiastin, qui portent ainsi que l'a montré Letulle des débris de Thymus.

On voit donc que nous n'admettons comme péritonite cancéreuse primitive que les cas où à l'autopsie, on a trouvé

(1) Rosenthal, communication orale.

les organes abdominaux intacts ou envahis certainement d'une façon tardive.

Nous nous séparons absolument de l'opinion de Chuquet, qui dans sa thèse de 1879, croit pouvoir trancher la question par l'observation clinique. Un cancer du péritoine peut avoir envahi un organe sans que cet organe soit le point de départ de la tumeur. Cela est évident, mais l'invasion centripète de l'estomac, du foie, de l'intestin est facile à distinguer des cancers concomitants de l'ovaire, qui doivent être tenus pour primitifs.

Si la tumeur ovarienne est petite, dit Chuquet, elle doit être considérée comme secondaire.

Ne commettrait-on pas, dans ce cas, une erreur semblable à celle qui consisterait à faire dériver un cancer du pylore d'un cancer du foie, sous prétexte que celui-ci est beaucoup plus volumineux. Il faut faire jouer un rôle au terrain, à l'organe sur lequel porte le processus. Le péritoine, sac lymphatique immense, va voir le cancer se généraliser à ses parois dès qu'un point en est atteint. Le processus n'en restera pas moins secondaire.

Dans une thèse soutenue en 1895, Goloatt Aslanian nie l'existence de la péritonite cancéreuse primitive, mais il considère le grand épiploon, comme un organe spécial pouvant subir la dégénérescence carcinomateuse et produire un cancer qui se généralisera.

Nous avouons ne pas saisir comment on peut considérer indépendamment du péritoine, le grand épiploon, simple meso

dans la vie embryonnaire, ayant simplement évolué d'une façon un peu spéciale.

L'Observation 93 de la thèse de Aslanian (p. 150) est en somme un type de péritonite cancéreuse primitive.

Quoi qu'il en soit, le processus de la carcinose au niveau du péritoine revêt ses formes et ses variations habituelles. Les cellules cancéreuses et le tissu fibreux, trame de la néoplasie, s'unissent de manière à donner des carcinomes colloïdes, c'est le cas le plus fréquent, des encéphaloïdes, des squirrhes et enfin pour être complet, des tumeurs mélaniques, extrêmement rarement primitives,

Le cancer colloïde atteint parfois des dimensions considérables ; il constitue une masse énorme gélatineuse que la clinique déjà a pu souvent reconnaître par le signe de la fluctuation superficielle. Cette masse gélatineuse qui atteint le volume d'un kyste de l'ovaire de grand volume, réunit en un bloc le mésentère, le mésocôlon, l'épiploon et souvent le feuillet péritonial du foie. Disséminés sur les parois, on trouve de petits nodules blanchâtres, pédiculés ou sessiles et présentant la même structure.

Cornil et Ranvier ont précisé cette structure. Ils distinguent les parties anciennes et les dernières envahies par le processus.

Dans les parties anciennes, on trouve de grandes alvéoles remplies de cellules sphériques, volumineuses, transparentes. Ces cellules munies d'un ou de plusieurs noyaux sont irrégulières, sphériques. Quelques-unes contiennent de la subs-

tance *colloïde* (1), d'autres présentent des dimensions considérables ; quelques-unes renferment de fines granulations et des valvules.

Dans les parties récentes, on trouve une grande quantité de tissu fibreux avec des fibrilles très fines qui vont enfermer au milieu de leurs mailles la substance colloïde.

L'encéphaloïde présente un aspect un peu différent. Il parsème les feuillets péritonéaux pariétaux et viscéraux, le mésentère et les différents méso de noyaux mous, grisâtres ou blancs jaunâtres, rugueux, pédiculés ou sessiles, souvent semblables selon l'expression de Mongiord à des gouttelettes de cire et dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette qu'il ne dépasse que rarement.

Dans une autre forme, il couvre les parois des organes et de la cavité de placards cancéreux, irréguliers dans leurs sièges et dans leur étendue et qui peuvent coïncider avec la transformation de l'épiploon en une masse irrégulière molle comprimant l'intestin, ou en une masse qui se rétracte de façon à donner la sensation de la corde épiploïque.

C'est à l'encéphaloïde qu'il faut rapporter les noyaux miliaires de la péritonite cancéreuse aiguë, granulations grises, blanc jaunâtre ou rougeâtre, grosses comme des grains de millet ou des petits pois, tapissant les feuillets péritonéaux dans toute leur étendue, et qui se distinguent des granulations tuberculeuses par deux grands signes né-

(1) Substance colloïde. Pour l'étude histologique, consulter *Venkalden et Laurent, Technique microscopique*, p. 77.

gatifs : l'absence de cellules géantes et l'absence de bacilles de Koch.

Le squirrhe est plus rare. Il se reconnaît sur les coupes à la prédominance de l'élément fibreux. On le trouve en granulations ou en noyaux cancéreux que la coupe montre constitués par un tissu dur, lardacé, criant sous le scalpel et ne donnant pas au raclage un suc cancéreux abondant comme les deux formes précédentes. Le squirrhe peut envahir la paroi abdominale antérieure au point de former un squirrhe en cuirasse, presque analogue à la forme du squirrhe mammaire et particulièrement douloureuse.

Tel est le processus cancéreux. Mais dans l'évolution de la maladie, il intervient un autre élément; c'est l'élément inflammatoire. Ce retentissement inflammatoire se retrouve à l'autopsie et ses variations montrent que, s'il fait partie de la maladie, son importance n'est que secondaire.

Dans quelques cas, les légers exsudats fibrineux tapissent de place en place le péritoine. Un peu de liquide citrin est exsudé.

Le plus souvent les anses intestinales sont agglutinées entre elles, quelques-unes même sont soudées par des adhérences nombreuses, qui peuvent aussi réunir à l'intestin la paroi externe d'un organe de la cavité abdominale.

Rarement on trouve des abcès du tissu conjonctif profond de la paroi abdominale antérieure. Rarement aussi, et encore à une époque où l'antisepsie était peu connue, on a vu à l'autopsie la péritonite généralisée aiguë à laquelle une ponction non aseptique n'a pas toujours été étrangère.

L'ascite fait partie souvent du retentissement inflammatoire. Mais nous préférons l'étudier avec la symptomatologie.

Après avoir montré les deux processus cancéreux et inflammatoires de la péritonite cancéreuse primitive, il nous semble utile de reprendre les lésions organe par organe. Ce moyen va nous permettre d'appeler l'attention sur quelques particularités de l'affection, qu'on ne saurait passer sous silence.

Le grand épiploon est l'organe le plus atteint. Souvent il en est légèrement rétracté, farci de granulations, de tubercules ou de tumeurs ressemblant à des kystes, disséminés ou réunis, formant des plaques, des masses, des noyaux sessiles ou pédiculés. La teinte générale est jaunâtre, quelque fois un peu rougeâtre, ce doit être rapporté à la dégénérescence graisseuse et à la vascularisation inflammatoire. D'autres fois, comme nous l'avons signalé, il forme une masse retraitée d'une hauteur de trois centimètres, semblable à une masse de cire blanche.

Dans les autres épiploons, on retrouve les granulations et les tumeurs cancéreuses. Parmi ces épiploons, il en est un qui présente une importance spéciale c'est l'épiploon gastrohépatic. Son invasion par le processus néoplasique pourra comprimer le cholédoque ou même le canal hépatique et donnera lieu au syndrome clinique de l'utère par rétention complexe ou partielle. Le canal cholédoque simplement comprimé pourra dans quelques cas être envahi.

Le mésentère nous montre des noyaux cancéreux près de l'intestin, et d'où partent des trainées cancéreuses allant

aux ganglions mésentériques dégénérés et cancéreux.

Les sacs herniaires sont envahis.

L'ombilic est aussi une région de prédilection pour les plaques ou les noyaux ; il n'est pas rare de trouver dans la région ombicale un champignon cancéreux volumineux, ainsi que Chuquet en rapporte deux exemples particuliers, et que Villar a signalé.

Nous ne pouvons quitter le péritoine sans faire remarquer le nombre de cas où de grosses tumeurs sont développées dans les culs-de-sac vaginaux et les ligaments larges, rappelant ainsi l'hypothèse que nous avons reproduite plus haut.

Au milieu d'un processus aussi actif, il serait étonnant que les organes abdominaux restassent indemnes. L'autopsie les montre envahis par un processus centripète semblable à celui de la péritonite tuberculeuse, surtout au mode d'invasion du testicule des enfants atteints de péritonite bacillaire dans les cas de persistance du conduit péritonéo-vaginal.

La néoplasie recouvre les organes d'une loque, d'une carapace de tissu cancéreux, puis pénètre dans leur intérieur en suivant les voies lymphatiques.

C'est ainsi que, au niveau de l'insertion des ligaments suspenseurs du foie, on trouve souvent de fines granulations. Une coupe antéropostérieure du foie montera à l'intérieur de l'organe des modules cancéreux.

On pourra toujours différencier histologiquement les productions d'un cancer modulaire primitif du foie. Hanot et

Gilbert, en effet, ont montré que dans les coupes de carcinome primitif du foie, on pouvait suivre la transformation des trabécules hépatiques qui se transforment sous l'œil en tissu malade. Le cancer secondaire, au contraire, est nettement séparé de la travée du lobule du foie.

L'estomac présente quelquefois une carapace péritonéale cancéreuse. La paroi peut être envahie de dehors en dedans ; mais la muqueuse reste intacte.

L'intestin résistera moins que l'estomac au cercle carcinomateux. Souvent il est rétréci, et on comprend toute l'importance clinique que peut prendre cet incident anatomique.

Les ovaires souvent scléreux sont indemnes, comprimés et atrophies. Il faut tenir pour suspect les cas où il y a une tumeur de l'ovaire, si petite qu'elle soit.

Le cancer ne se contente pas toujours de comprimer les organes ; il s'introduit dans les vaisseaux, pénètre dans les veines et on comprend toute la valeur qu'auront les embolies cancéreuses qui vont agir à la fois d'une façon mécanique et d'une façon infectieuse, pour généraliser la tumeur.

Enfin, même les plaies de ponction pourront être envahies, et le cancer viendra former après la ponction une saillie rougeâtre, sanieuse, véritable chou-fleur qui révélera la nature de la péritonite ponctionnée.

Il ne faut pas oublier que le cancer du péritoine ne se limitera pas à la cavité abdominale.

Les cas de pleurésie secondaire hémorragique ne sont pas rares, qu'il y ait ou non des localisations cancéreuses

sur la plèvre. De plus, Landouzy a publié un cas de lymphangite cancéreuse pulmonaire. Chuquet a signalé l'invasion du canal thoracique par la néoplasie.

Fréquemment, on trouve des plaques carcinomateuses pleurales, qui répondent aux plaques péritonéales sous-diaphragmatiques, car il semble qu'au niveau du diaphragme la néoplasie affecte plus volontiers la forme de placards que celles de noyaux ou de tumeurs disséminées.

Bucquoy a publié une observation où on a trouvé au niveau du bord gauche du sternum dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal 12 petites tumeurs grisâtres reliées entre elles par des prolongements filiormes.

On sait depuis que les travaux de Debove (Soc. anat. 73) que cette propagation est dûe aux lymphatiques et qu'elle se fait principalement par une véritable lymphangite cancéreuse, les voies lymphatiques ne servent pas uniquement de voie de transport, mais sont également atteintes par le processus.

En dehors des observations de péritonite cancéreuse primitive, il faut même au point de vue de l'anatomie pathologique, dire quelques mots des sarcomes du péritoine. Nous verrons en étudiant le diagnostic qu'il existe des sarcomes retropéritonéaux ; mais leur étude sort de notre sujet.

Nous reproduisons l'Observation II de MM. Kelsch et Wanebrouck (*Progrès médical* 1881, 17 septembre). — Mais nous ferons remarquer que l'observation est muette sur les ovaires, et qu'il y a coïncidence de 3 fibromyomes utérins. Or, on sait aujourd'hui combien est peu tranchée la

limite entre le sarcome et le fibrome, si bien qu'il nous semble difficile de ne pas garder un léger doute sur le caractère primitif de la tumeur, et en aucune façon, cette observation ne saurait jeter un doute sur la nature épithéliale des cas observés.

## OBSERVATION

(Tirée de l'*Atlas d'anatomie pathologique* de Cruveilhier)

*Propagation au sac herniaire.* — Femme C..., 77 ans, entrée à l'hôpital le 1<sup>er</sup> août 1838, a reçu il y a trois mois un coup dans l'abdomen, depuis quinze jours seulement, dévoiement, météorisme, douleur atroce dans le ventre, n'augmentant pas par la pression. Légère réaction fébrile. On ne perçoit par la palpation qu'une sorte d'empâtement de l'abdomen. Le 6 août la malade n'était pas plus mal que le jour de son entrée. Le lendemain matin, elle était morte sans agonie.

A l'autopsie un litre de sérosité dans la cavité péritonéale. L'épiploon est ratatiné et cancéreux, rempli de suc crémeux. Les autres épiploons et le reste du péritoine renferment des granulations cancéreuses. Tous les viscères étaient sains. Deux sacs herniaires passaient par l'anneau crural et présentaient des tubercules cancéreux. La mort est attribué à un œdème subit.

## OBSERVATION II (résumée)

(*Revue photographique des Hôpitaux Bourneville.*)

*Cuirasse cancéreuse du squirrhe.* — Alexis L..., homme de peine, âgé de 42 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 25 février 1868. Pas d'antécédents héréditaires. A eu vers 30 ans, à trois reprises différentes, des étourdissements avec perte de connaissance pendant deux à trois minutes. Est sujet à des pituites depuis deux ans.

Son ventre a grossi depuis deux mois environ ; les veines

sous-cutanées sont très distendues ; tous les signes de l'ascite sont évidents. Une ponction pratiquée le 15 mars donne 8.700 grammes de liquide clair, légèrement citrin.

Le 7 avril nouvelle ponction : 9 litres et demi de liquide.

Le 17 juin et le 16 août nouvelles ponctions.

9 septembre. Le ventre a 1 m. 12 de circonférence. L'œdème des membres inférieurs, des bourses, du pénis est très prononcé. Une 5<sup>e</sup> ponction donne 13 litres de liquide. Le malade a beaucoup maigri mais l'appétit reste bon. Selles régulières, non sanglantes. Pas d'ictère. Sommeil bon. Pouls petits.

M. Hardy, fait remarquer que le ventre a une forme spéciale, qu'il pointe comme celui d'une femme enceinte, il inclinerait volontiers à croire à l'existence d'un kyste. Le 2 novembre il fait une injection de 200 grammes de solution iodo-iodurée, qui provoque un certain nombre d'accidents imputables à l'iode. Il avait d'ailleurs retiré auparavant une partie du liquide contenu dans l'abdomen. A la suite de cette injection le ventre diminue de volume. Il ne présente plus le 10 décembre que 90 centimètres de circonférence. Au palpé, on sent à gauche de l'ombilic, au niveau de l'hypocondre et du flanc gauche une plaque qui paraît confondue avec la paroi abdominale.

Le ventre continue à diminuer de volume. Les forces reviennent avec l'appétit. Les fonctions digestives s'exécutent bien. L'état général est satisfaisant.

Sorti le 15 janvier 1870 de l'hôpital, le malade y rentre le 7 septembre 1871 pour une pneumonie qui l'emporte.

*Autopsie.* — Hépatisation rouge et grise des trois lobes du poumon droit. Un peu de congestion au poumon gauche. Rien au cœur.

Le péritoine qui tapisse la face interne de la paroi antérieure de l'abdomen est épars et très adhérent aux enveloppes aponévrotiques sous-jacentes, surtout à gauche de la ligne médiane.

— On constate qu'il forme une sorte de cuirasse cancéreuse ayant dans certaines régions un à quatre centimètres d'épaisseur. La rate est englobée dans la cuirasse cancéreuse.

Epanchement considérable de sérosité dans la cavité abdominale.

Le mésentère, les parties latérales du péritoine sont envahis par le cancer.

Ganglions hypertrophiés, cancéreux.

Le foie présente quelques noyaux cancéreux.

Les autres viscères sont sains.

### OBSERVATION III

(*Société anatomique*, 1869, par Alling)

*Tablier cancéreux.* — Salle Sainte-Eugénie, n° 9, est entrée le 30 avril 1869, la nommée Y..., âgée de 33 ans, se portant habituellement bien, elle n'a jamais été malade, si ce n'est pour une fièvre typhoïde, à 12 ans.

Depuis un mois, elle vomit tout ce qu'elle prend, et son ventre commence à enfler. Le ventre grossit ensuite de plus en plus et arrive à gêner la respiration.

Depuis un mois aussi, elle a maigri avec une rapidité effrayante. Aujourd'hui, à l'entrée, elle est d'une maigreur très grande ; avec cela un ventre énorme. La percussion du ventre donne un flot manifeste, et le liquide se déplace, ainsi que la sonorité, avec les changements de position de la malade, le ventre est très tendu, non douloureux. Il n'y a qu'un point très limité où la sonorité persiste, c'est au niveau du cœur.

Il n'y a pas de signes de tubercules dans les sommets des poumons. Quelques râles muqueux dans le côté muqueux.

Elle reste jusqu'au 4 mai sans rien présenter de neuf ; le len-

demain de son entrée elle avait cessé de vomir, mais elle a recommencé ensuite.

Le 4, pendant la visite elle est prise subitement d'une dyspnée considérable; le soir, la dyspnée avait diminué un peu, mais était encore très pénible. Injection de morphine qui la soulage, mais le lendemain 5, à trois heures du matin, elle meurt.

*Autopsie.* — Les poumons sont assez congestionnés dans leur bord postérieur. Quelques adhérences anciennes du poumon droit.

Rien d'anormal au cœur.

*Abdomen.* — Cancer du péritoine avec ascite considérable.

Le grand épiploon forme un vaste tablier cancéreux occupant presque toute la hauteur et la largeur de l'abdomen, épais de 5 à 6 centimètres par places. C'est une espèce de vaste chou-fleur étalé, solide et riabte, de couleur jaunâtre comme de petits pelotons graisseux. La face inférieure du diaphragme est couverte de ces végétations formant des masses plus ou moins volumineuses.

Tous les organes, foie, rate, rein, utérus, ovaire donnent implantation à ces végétations; partout elles ont poussé: sur le mésentère, sur les parois de l'abdomen, dans le bassin, dans le cul-de-sac utéro-rectal. Mais tous les parenchymes sont sains, les reins seuls sont pâles. Les ganglions mésentériques forment des masses cancéreuses ainsi que les ganglions gastro-hépatiques.

L'estomac est le siège d'une dégénérescence cancéreuse qui paraît plus ancienne. Sa petite extrémité forme une espèce de coupe solide, un peu plus épaisse vers le pylore, où sa paroi a environ 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. Le reste de l'estomac paraît sain; sa surface interne n'est pas ulcérée. La sonorité persistante signalée au niveau du cæcum s'expliquait ainsi: le

cæcum faisant saillie sur le bord correspondant de la masse épiploïque, était bridée et maintenu en place. Au microscope, la paroi de l'estomac est formé par du cancer alvéolaire ; le reste de cette masse est aussi du cancer, mais semble constitué par la variété mixome.

#### OBSERVATION IV (résumée)

(*Bulletin, Société anatomique, 1872. Cornil et Robin.*)

*Masse gélatineuse d'un cancer colloïde.* — Pas d'antécédents héréditaires, ni de maladies antérieures. La malade a eu 3 couches et 2 fausses-couches.

Six mois après sa dernière couche, elle sentit dans le flanc gauche un corps arrondi, dur, peu mobile, indolore à la pression. En 1870, métrorrhagie qui dure 4 mois : on en vient à bout par le tamponnement.

L'état général était resté bon, toutes les fonctions s'accomplissaient normalement. En avril 1872, les règles cessent complètement. Le ventre augmenta de volume, devint douloureux ; l'état général devint mauvais.

Le 26 mai 1873, la malade entra à la Charité. Femme pâle. Amaigrissement considérable contrastant avec le volume énorme du ventre. Pas de douleurs à la palpation, pas de bosselures. A la percussion : matité générale, ne se déplaçant pas par les changements de position du corps. Fluctuation très superficielle. Rien n'est révélé par le toucher vaginal.

Dyspnée, mais pas de signes stéthoscopiques.

Anorexie, Nausées, Diarrhée permanente depuis un mois.

On pense à un kyste de l'ovaire. — Le 29 mai, on fait une ponction qui reste négative. Dans les jours qui suivent, la malade a des vomissements incessants, ne va pas à la selle ; le

faciès est très altéré, le ventre est ballonné. Elle ne peut plus uriner. Mort le 9 juin.

*Autopsie.* — Péritoine dur, épaissi, très adhérent aux tissus voisins. Entre les 2 feuillets se voit une masse gélatineuse, formée par une dégénérescence, colloïde générale du péritoine. Elle est composée d'une loge principale limitée en arrière par la masse intestinale, en bas par l'utérus et ses annexes et contenant environ 15 litres de matière glutineuse, circonscrite dans de larges alvéoles, finement vascularisées.

Derrière cette tumeur, se voient les intestins dilatés par les gaz. Leur tunique péritonéale est recouverte d'une grande quantité de petites ébours confluentes et vasculaires. Le péritoine qui se trouve en avant de la tumeur offre le même aspect ainsi que les portions de séreuses qui recouvrent divers viscères de l'abdomen.

Le grand épiploon a l'aspect d'une corde grosse comme le pouce qui va de la courbure inférieure de l'estomac jusqu'à la vessie.

Les autres organes de l'abdomen paraissent sains à l'œil nu.

Les poumons sont sains.

Dans le péricarde, un demi-verre de liquide sanguinolent, trouble; quelques taches laiteuses surtout vers la pointe du cœur. Celui-ci est sain,

Le microscope a démontré qu'il s'agissait d'un carcinome colloïde.

#### OBSERVATION V (résumée) (Mongird).

(*Atlas d'anatomie pathologique*, Cruveilhier)

Antoinette S., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital le 5 décembre 1840. Jamais malade. N'a pas vu ses règles depuis 1 an 1/2. Au mois d'avril ressent une certaine gêne dans l'abdomen, qui n'est devenu considérable que depuis un mois. Etat actuel :

abdomen volumineux, comme dans une ascite de moyenne dimension : la fluctuation n'est pas évidente. Par une pression brusque, on a la sensation d'un corps dur, profondément situé. Pas de douleur. Ni diarrhée, ni vomissements. Diagnostic : péritonite chronique latente, probablement tuberculeuse. La malade meurt.

*Autopsie.* — Plusieurs litres de sérosité sanglante étaient contenus dans la cavité abdominale. Une masse encéphaloïde énorme, divisée en lobules, maculée de sang, remplissait l'hypogastre, les fosses iliaques, la région ombilicale et les régions lombaires. Cette masse, d'une mollesse telle qu'elle se déchirait par le plus léger contact, naissait du petit bassin. Le grand épiploon se confondait avec elle. Les intestins grêles et le gros intestin étaient comprimés, resserrés sur eux-mêmes.

La vessie, l'utérus et le rectum étaient parfaitement sains, de même que le foie, la rate, l'estomac et les organes contenus dans la cavité thoracique. Mais, au milieu de cette masse, il fut impossible de trouver les ovaires et les trompes : soit que ces organes eussent été le point de départ de la maladie, soit qu'ils eussent été consécutivement envahis.

Une section de la tumeur, pratiquée dans divers sens, a montré que son tissu était blanc et mou, qu'il était pénétré de vaisseaux sanguins très considérables, d'apparence veineuse, dont un grand nombre étaient le siège d'une phlébite, caractérisée par la coagulation du sang adhérent aux parois veineuses. Cette masse encéphaloïde était en outre parsemée de foyers sanguins qui donnaient à ce tissu l'aspect d'un cerveau frappé d'apoplexie ; de ces foyers sanguins, les uns étaient de date récente, les autres d'une date ancienne annoncée par l'altération qu'avait subie le sang.

## OBSERVATION VI

(Aslanian, 1894-1895, p. 150-151)

H. M..., âgée de 43 ans, est entrée dans le service de M. le Dr Poucel, le 13 novembre 1893.

Antécédents. — Nuls.

Débuts. — Deux mois auparavant la malade a constaté que sa défécation devenait douloureuse; quelques temps après elle a eu certains troubles dyspeptiques: gonflement du ventre après l'indigestion des aliments, essoufflements, augmentation d'une douleur abdominale sourde et continue. Le gonflement du ventre a augmenté peu à peu, rétrogradé par une purgation, et repris de nouveau dans ces jours derniers. La malade a beaucoup maigri et pâli.

Examen clinique. — Actuellement l'appétit est faible, la digestion mauvaise, la défécation difficile. La ponction n'est pas douloureuse. La malade toussé un peu; ses crachats sont muqueux; elle ne dort pas; ventre de batracien, sans vergétures ni saillies irrégulières. Matité vers l'hypogastre et les flancs. La courbe de la matité se déplace selon la position de la malade. pas de sensation de flot. La palpation est indolente. On sent dans la région ombilicale un gâteau dur, mobile, ballotant et sonore à la percussion. Il paraît suspendu par son bord supérieur; son bord inférieur fuit avant d'arriver à l'arcade pubienne. A droite, sur la ligne mammaire, à la hauteur de l'ombilie, il paraît se continuer avec une grosseur immobile et mal limitée, le toucher vaginal est impossible par la présence de l'hymen. Au toucher rectal la face postérieure du rectum paraît couverte de petites végétations dures et un peu douloureuses à la pression. Pas d'engorgement ganglionnaire aux aines, ni au

cou. Quelques frottements pleureux et râles secs du côté du poumon droit.

Le 18 novembre. Laparatomie exploratrice. L'ouverture du péritoine donne issue à cinq litres de liquide jaune roussâtre. La tumeur ballottante est formée par le grand épiploon durci et épaissi (2 à 3 cent.) dans toute son étendue. La face antérieure de ce gâteau épiploïque, d'une couleur lie de vin, parsemée de taches bleues foncées, adhère au péritoine pariétal sur la ligne mammaire, au-dessous des fausses côtes. Le bord inférieur est libre. La face postérieure a contracté des adhérences avec les anses de l'intestin grêle. La séreuse intestinale est injectée ; le péritoine pariétal l'est encore davantage ; il a une couleur violet et il est parsemé de nombreux noyaux secondaires, dont le nombre augmente vers les flancs et le bassin. Le péritoine pelvien présente les mêmes altérations : ses culs-de-sac sont déformés par les fausses-membranes et les noyaux néoplasiques. Les nodosités de la face postérieure de l'utérus ne sont que des noyaux secondaires. Lavage du péritoine à l'eau distillée et suture pariétale.

Les suites opératoires ont été des plus bénignes. La malade est sortie le 16 décembre ayant l'appétit bon, la digestion facile et une sensation de bien être satisfaisante. Le ballonnement du ventre n'a pas repris.

En ville, son état a été satisfaisant pendant un à trois mois ; plus tard, les troubles digestifs, le gonflement du ventre ont reparu, et la malade est morte cinq mois après l'opération par le progrès de l'intoxication cancéreuse.

## SYMPTOMES

La péritonite cancéreuse primitive frappe surtout les individus âgés. Elle évolue sous deux types : une forme chronique ou subaiguë, et une forme aiguë bien étudiée par Petrina.

On peut diviser en trois périodes l'évolution clinique de la forme chronique.

Dans une première période, il y a deux phases : la première est caractérisée par la latence de l'affection, la seconde par l'apparition irrégulière de symptômes.

Ceux-ci s'affirment à la période d'état. L'organisme commence sa déchéance, la réaction inflammatoire apparaît. Enfin suivant la phase de cachexie qui se termine par la mort.

Avant de commencer l'étude des symptômes, nous pouvons dire que nous sommes tentés de croire que la période latente est due à l'absence, à ce moment, de réaction inflammatoire. Il y a cancer du péritoine et non péritonite cancéreuse. C'est du jour où paraît la péritonite que commence la période d'état.

I

PÉRIODE LATENTE. — CANCER DU PÉRITOINE

Les lignes les plus variées peuvent marquer le début de la maladie. Le plus souvent c'est la douleur abdominale qui ouvre la scène et met le malade en défiance.

Cette douleur est, on le comprend, extrêmement variable. Quoique continue, souvent elle éclate en crises douloureuses courtes, espacées, avec absence de tout symptôme douloureux dans l'intervalle des accès — ou bien le malade ressent des élancements douloureux qui traversent l'abdomen. D'autres fois, ce sont des sensations de pesanteur, de gêne, de lourdeur que le malade accuse. Cette douleur se localise fréquemment autour de l'ombilic ou aux hypochondres. Elle a été localisée quelquefois dans les fosses iliaques souvent alors à la fois des deux côtés.

Elle est spontanée mais la palpation profonde la réveille

En dehors de l'abdomen elle irradie vers l'épaule, les côtes ou vers le scrotum.

Avec ces douleurs survient aussi le météorisme pur, qui peut dans quelques cas constituer le phénomène initial.

L'ascite, rare à cette période et qu'on ne peut dépister quelquefois qu'en provoquant le ballotement utérin par le toucher vaginal, peut être initiale.

En dehors de l'œdème des jambes, qui a été signalé dans un cas comme phénomène de début, il ne nous reste plus à signaler que les troubles digestifs.

Mais c'est là le symptôme le plus piquant. Alternatives de constipation et de diarrhée, constipation rebelle simulant même l'occlusion intestinale, ou diarrhée continue; tout est signalé dans les observations, bien que ce soit surtout la constipation rebelle qui soit notée le plus fréquemment et il y a là une différence légère avec ce qui se passe au début de la péritonite tuberculeuse. Dans l'observation la plus récente que nous ayons (mai 97) la malade était venue consulter à l'hôpital pour de la diarrhée.

Dès ce moment s'installe une gêne respiratoire qui va devenir une véritable dyspnée. Les localisations pulmonaires ne l'expliquent pas et il faut sans doute lui attribuer une origine toxique.

Dans des cas un peu spéciaux, le début s'est fait par des troubles de la défécation rendue douloureuse (voir l'observ. d'Aslanian à la fin de l'*Anatomie pathologique*) ou même par des accidents d'occlusion intestinale.

## II

Mais cette période longtemps latente va faire céder la place à la période d'État. Nous y retrouverons les mêmes symptômes qu'au début, mais plus nets, plus accentués. De plus l'état général va se perdre, l'amaigrissement, la fièvre compliquent la situation.

Les phénomènes douloureux sont plus marqués. Ils sont presque constants, mais gardent le caractère variable de leur intensité. Tantôt simple sensation douloureuse, passa-

gère, semblable aux douleurs de la colique, tantôt c'est une douleur localisée la plus périombilicale dont les accès torturent le malade. Les irradiations vers le bas-ventre, les côtes, la poitrine peuvent lui enlever tout repos. Cette douleur une fois installée ne va plus rétrocéder, elle sera croissante, s'accroîtra, et, enlevant au malade le goût de manger, elle contribuera à l'établissement de la cachexie cancéreuse.

Les troubles digestifs, eux aussi, prennent une importance considérable. L'appétit toujours diminué peut disparaître entièrement. Si le malade arrive à surmonter ce dégoût général des aliments où on retrouve quelquefois un dégoût plus marqué pour la viande et les azotés en général, sa digestion est lente et pénible. La pesanteur de l'estomac s'ajoute au pyrosis, aux nausées continuelles. Un symptôme qui souvent est absent est intéressant à étudier : ce sont les vomissements. D'une façon progressive le malade vomit soit à jeun, soit après les repas des matières glaireuses ou alimentaires. Les vomissements surviennent d'abord par crise, laissant dans leur intervalle le malade entièrement tranquille ; mais les crises peuvent se renouveler, se rapprocher ; le malade ne peut plus supporter les aliments, il y a l'intolérance gastrique du vomissement vraiment incoercible.

D'autre fois c'est l'intestin qui domine la scène. Le ventre se ballonne d'une façon spéciale, il devient hypersonore à la percussion — La constipation s'installe ; le malade vomit, bref, le syndrome de l'occlusion intestinale s'installe peu à peu et vient faire oublier le diagnostic essentiel. Ces symp-

tômes retentissent sur les autres organes et sur l'état général. Du côté des reins, on trouve les urines troubles, riches en sédiments uratiques, rares, pauvres en urée comme toutes les urines de néoplasiques et cela comme l'ont montré de nouveau MM. Duplay et Savoie, par suite de l'absence de nutriments plus que par une influence directe de la maladie.

Du côté de l'appareil pulmonaire, la gêne respiratoire se transforme en une dyspnée considérable, torturant le malade et que l'examen attentif et complet de la poitrine ne vient pas justifier.

En même temps le malade perd ses forces ; il devient faible, impotent. L'effort musculaire lui répugne. La teinte jaune paille si caractéristique n'apparaît pourtant que rarement.

Deux symptômes que nous croyons être de la plus grande importance doivent aussi être notés. Le malade passe de la période d'apyrexie à la période fibrile. Légère, continue, avec des maximums vespéraux ne dépassant pas en général  $38^{\circ}2$  ou  $38^{\circ}4$ , la fièvre inquiète peu le malade. Elle indique pourtant qu'il ne s'agit plus de cancer du péritoine, mais de péritonite cancéreuse. De même, l'élévation locale de la température, appréciable souvent au doigt, toujours au thermomètre. Ce symptôme nous conduit à étudier maintenant les signes locaux de la péritonite cancéreuse.

#### SYMPTÔMES LOCAUX

Ce qui frappe tout d'abord en examinant le malade, c'est l'augmentation de volume du ventre. Le ventre gros, ballonné.

contraste avec la maigreur progressive et constante du sujet, avec la disposition toujours marquée des masses musculaires des bras et des jambes qui ont toujours l'air d'avoir subi une véritable atrophie. Il est large, étalé, comme un ventre de batracien ; l'ombilic est déplié, quelquefois distendu, et cette forme du ventre contraste ici comme dans la péritonite tuberculeuse, avec la saillie ovoïde et globuleuse que fait le kyste de l'ovaire.

Cette saillie du ventre relève de trois causes essentielles. Le météorisme, l'ascite, la présence de tumeurs rétropéritonéales.

Le météorisme a déjà été signalé au début de l'affection et nous avons même vu qu'il a pu une fois être le symptôme initial. Il est constant. Il est sous la dépendance surtout de l'atonie des muscles de la paroi de l'intestin qui se laisse distendre. La fixation d'anses intestinales par de fausses membranes, ainsi que la compression de l'intestin par des tumeurs, viennent l'augmenter en rétrécissant, en un point, le calibre intestinal. Il en résulte au point de vue clinique un syndrome d'occlusion intestinale heureusement souvent incomplète, au point de vue de la palpation et de la percussion, au météorisme dû à la distension des tumeurs intestinales en-deça des points comprimés. Enfin, par suite de l'amaigrissement, du séjour au lit, de la cachexie cancéreuse les muscles de la paroi abdominale ont perdu toute vigueur. Ils ne luttent pas contre la distension, et cette perte de la tonicité musculaire vient encore accroître le météorisme.

Elle est due, du reste, partiellement à l'ascite.

L'ascite est un des grands symptômes de l'affection qui nous occupe.

Elle est constante, mais varie de quelques grammes à plusieurs litres.

Dans les cas où elle est aussi abondante, elle gêne considérablement l'examen et il est difficile, en présence d'un ventre hypertrophié distendu par le liquide, ballonné au point de gêner la respiration par la compression trans-diaphragmatique des poumons, d'effectuer une palpation utile et contribuant à poser un diagnostic ferme.

Aussi, lorsqu'on voit l'abdomen devenu entièrement mat, l'ombilic proéminent, les veines sous-cutanées dessinées sous la paroi, doit-on évacuer l'épanchement avec une ponction, faite, il est inutile de le dire, avec d'autant plus de précaution, que le terrain est celui d'une cachexie favorisant toutes les infections secondaires.

Cette ponction permet d'une part de déterminer la nature de l'ascite, d'autre part de palper avec fruit l'abdomen.

Nous devons noter ici un certain nombre de particularités sur l'évolution de l'ascite.

Tout d'abord la rapidité avec laquelle le liquide se reproduit. Le surlendemain, déjà, mais toujours après quatre à six jours, il apparaît et augmente de plus en plus et le médecin hésite et se demande si la perte immense que fait le malade ponctionné est compensée par le bien-être trop court qu'il lui procure.

Quand le liquide se reproduit, on constate que l'ascite

n'est pas mobile, que des adhérences cloisonnent la cavité abdominale, qu'avec une quantité notable de liquide, des parties latérales et déclives de la cavité peuvent rester sonores.

Les adhérences néoplasiques et inflammatoires de l'intestin peuvent le retenir au devant de la colonne vertébrale, l'empêcher de nager dans le liquide, si bien qu'avec un épanchement moyen, on pourra trouver au niveau de l'ombilic une zone mate, remplaçant la sonorité intestinale que l'on trouve en général au point culminant de la cavité.

Nous avons, du reste, supposé que notre ponction avait évacué tout le liquide. Il n'en est pas toujours ainsi. Le trocart a pu être introduit dans une poche fermée et l'écoulement de liquide va se tarir. Il ne faut pas, dans ce cas, incriminer la maladresse de l'opérateur. Il faut vérifier la vacuité du trocart, et, si l'écoulement ne se reproduit pas, on sera autorisé à faire une ponction de l'autre côté de la ligne médiane.

On a beaucoup insisté sur les caractères de l'ascite. A vrai dire, ils ne méritent pas l'importance qu'on leur a attribué, car ils sont variables et ne sauraient donner le plus souvent plus qu'une probabilité. J'en excepte le cas où l'exsudat centrifuge laissera s'établir un dépôt où l'examen microscopique montrera l'existence de débris cancéreux.

Sa densité est de 1,018 à 1,020. L'épanchement est séreux ou sérofibrineux, le plus souvent hémorrhagique.

Quand il est sérofibrineux, il reconnaît comme étiologie

l'inflammation du péritoine et l'extravasation de sérum à travers la paroi des vaisseaux sanguins. Quand il est hémorrhagique, on retrouve au microscope les globules sanguins plus ou moins altérés, et on doit rapporter cette exsudation sanguine, soit à la congestion trop interne qui entoure les noyaux néoplasiques, soit à une véritable pachypéritonite hémorrhagique avec rupture de vaisseaux de nouvelle formation.

Nous croyons utile de signaler la possibilité de trouver un épanchement laiteux (Brieger). M. Sainton a publié un cas de cancer secondaire, il est vrai du péritoine où il y eut une ascite pseudochyleuse. Il faut signaler ce fait. Peut-être des observations prochaines indiqueront-elles l'existence d'ascite laiteuse ou pseudochyleuse au cours de la maladie qui nous occupe.

Pour terminer l'étude clinique de l'ascite, n'oublions pas que dans les cas douteux, surtout en cas d'ascite hémorrhagique, il sera utile d'injecter à un cobaye sous la peau, si on croit que le liquide a pu être souillé d'impuretés, dans le péritoine si le liquide a été recueilli, de une à trois seringues de Pravaz du liquide.

Cette réaction biologique permettra, si elle est négative, d'éliminer entièrement la tuberculose péritonéale.

De plus, après des ponctions ayant retiré un liquide sérofibrineux, il se peut que le trocart soit introduit dans une poche kystique, ou l'épanchement est sanguinolent. Il s'agit là de cas d'ascite enkysté mixte, sérofibrineux et hémorrhagique.

C'est surtout pour explorer les tumeurs que la ponction est utile.

En dehors des cas de cancer colloïde, où on perçoit même après évacuation du liquide une fluctuation superficielle, elles se caractérisent par un grand caractère clinique, c'est la dureté de bois, correspondant à la matité absolue qu'elles donnent à la percussion.

Le ventre, une fois évacué, on sent rouler sous les doigts des nodosités arrondies, irrégulières, disséminées de tout côté, et, lorsqu'on déprime légèrement le ventre, on provoque un froissement amidonné, une crépitation neigeuse absolument comme dans les cas identiques de péritonite tuberculeuse.

En déprimant le reste, on a provoqué une douleur qui s'exagérera par le retrait brusque de la main.

D'autres fois, après la ponction, le ventre ne s'affaisse pas. Si on palpe le ventre, pensant que le liquide est évacué, ou plus tard quand il est reproduit d'une façon moyenne, on peut se renvoyer à la main après une dépression brusque de l'abdomen, une tumeur volumineuse allant jusqu'au volume d'une tête fœtale, et remplissant pour ainsi dire tout l'abdomen. L'existence de ce véritable « ballotement fœtal » devra mettre en garde sur la possibilité d'une tumeur latente d'un organe de la cavité (sarcome du rein, etc.), mais il ne faudra pas oublier que l'existence d'une pareille masse est loin d'être incompatible avec le diagnostic de péritonite cancéreuse primitive.

Une palpation attentive permettra dans quelques cas de

sentir dans les parois des noyaux carcinomateux intrapariétaux, et de sentir dans la région abdominale ainsi que dans tout le tissu cellulaire sous-cutané les grains cancéreux, bien étudiés par Millard dans une communication à la Société anatomique de 1876. Il ne faut pas oublier de palper avec soin les régions inguinales en faisant mettre le malade sur le dos, les jambes fléchies, la bouche largement ouverte. On sentira alors cet engorgement ganglionnaire sur lequel Gueneau de Mussy attira l'attention. On trouvera de petits ganglions durs non adhérents, roulant sous le doigt, bien différents du gros ganglion mou tuberculeux ou d'un reliquat d'une pléiade syphilitique.

Si le malade est hernieux, on pourra retrouver au niveau des sacs herniaires, les signes de l'invasion de péritoine par la néoplasie.

Enfin, il faut absolument pratiquer le toucher rectal et vaginal.

Toutefois, on se rappellera que l'enclavement de l'utérus, que la présence de tumeur dans les culs-de-sac ne veulent pas toujours dire tumeur de l'ovaire ou de la trompe et nous renvoyons au chapitre de l'anatomopathologie. Le toucher rectal pourra dépister un cancer du rectum latent, surtout un squirrhe rectal et évitera une erreur de diagnostic.

Après avoir examiné la cavité abdominale, il faut terminer l'examen clinique du malade. On trouvera alors les complications que nous étudierons dans un prochain chapitre. Mais on ne saurait considérer comme tels les signes pleuro-pulmonaires (frottements, rales humides) qu'on trouve aux

bases à l'auscultation et qui remettent en mémoire la loi de Godelier.

#### PÉRIODE CACHECTIQUE

Après une durée de six mois à un an, la cachexie survient. C'est la dernière période. Elle est rapide. Réduit à une maigreur extraordinaire, sans appétit, torturé par la douleur et par la dyspnée qui devient angoissante, le malheureux malade ne tarde pas à succomber.

Tantôt c'est la cachexie simple qui l'emporte; mais il est exposé à toutes les infections qui terminent si souvent les affections chroniques. Si on ne voit plus l'érésipèle survenir autour des plaies de ponction, ou la péritonite purulente aiguë inoculée par le trocart, on voit souvent la stase pulmonaire se transformer en hépatisation et une pneumonie adynamique terminer la scène. Du reste, l'hypostase généralisée peut, par elle-même, amener la mort du malade.

A côté de la forme subaiguë chronique que nous venons d'étudier, il faut décrire la carcinose péritonéale aiguë, qui évolue absolument comme une maladie infectieuse.

Elle est surtout remarquable par l'absence de symptômes locaux. On assiste à une cachexie aiguë qui frappe le malade jusqu'alors en bonne santé.

Les individus frappés sont des adultes de 40 à 50 ans. Une fièvre légère s'installe. La température ne dépasse pas en général 38° 5. La langue est sale — il y a de l'inappétence. — Bientôt éclatent les accidents nerveux; le malade

est pris d'un délire calme et tranquille. La perte des forces, l'amaigrissement considérable ne répondent pas à ces symptômes observés.

Quelquefois la marche est si rapide que l'amaigrissement et la cachexie n'ont pour ainsi dire pas le temps de se manifester. La mort survient dans le coma avant qu'un diagnostic ait pu être posé, et ces formes rapides ne doivent pas peu incliner l'esprit à accepter les théories infectieuses du cancer.

#### COMPLICATIONS

Les complications du cancer du péritoine relèvent de deux processus différents, qui sont l'exagération des deux processus de la maladie. Le processus cancéreux et le processus inflammatoire.

Le processus cancéreux nous donne surtout comme complication la pleurésie hémorragique.

Nous avons rappelé que Debove, dès 1873, a démontré que la propagation des carcinomes se faisait par une véritable lymphangite cancéreuse. C'est sans doute ce mécanisme qu'il faut invoquer pour expliquer la propagation aux plèvres.

La pleurésie hémorragique évoluera tantôt avec façon comme une pleurésie sero-fibrineuse aiguë avec point de côté, frissons et élévation de la température. Le plus souvent, elle sera torpide. Point de côté léger ou nul, pas de frissons, mais augmentation notable de la dyspnée.

En examinant alors le malade, on trouve la matité, la suppression des vibrations, le souffle, etc., et le communicatif du diagnostic de l'affection essentielle fait supposer que l'épanchement sera hémorrhagique. La seringue de Pravaz confirme cette idée, et l'épanchement croissant rapidement on est rapidement obligé de faire une thoracentèse. La même difficulté se présente alors. Le liquide se reproduit rapidement, et on est dans l'alternative ou de laisser la dyspnée devenir trop considérable, ou de faire subir à l'organisme une perte de sang considérable. Du reste, la mort ne tarde pas à survenir.

A l'autopsie, on trouve le plus souvent sur la plèvre un ou plusieurs nodules cancéreux, recouverts de placards fibrineux, qui tapissent ça et là les feuillets pleuraux, mais on peut également ne trouver que des manifestations inflammatoires.

Le carcinose peut aussi se généraliser. L'anatomie pathologique nous a démontré la possibilité des embolies infectantes qui iront créer des nodules pulmonaires, ou par suite d'anastomoses un cancer de la colonne vertébrale, par exemple.

L'élément inflammatoire a une importance beaucoup moindre. Il est surtout un élément surajouté et se manifeste par les pneumonies terminales.

La *phlegmatia alba dolens* a été signalée dans plusieurs observations,

## OBSERVATION VII (Mongird)

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 45 p. 713)

par M. le prof. Colin)

*Type de dyspnée.* — Le sieur X..., du 9<sup>e</sup> régiment de ligne, âgé de 43 ans, entre le 12 juin dernier à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service du professeur Colin.

D'une robuste constitution, d'un embonpoint assez marqué, ce malade éprouve depuis quelques mois déjà des douleurs vagues dans les hypochondres, de l'anorexie et une grande difficulté de digestion. Les confrères qui l'ont vu avant son entrée ont cherché à localiser l'origine de ces symptômes soit dans une pleurésie sèche, soit dans une affection purement nerveuse de l'estomac.

L'état général du reste s'est maintenu satisfaisant. Mais un phénomène qui, dès cette époque, se prononce chaque jour davantage est une dyspnée dont le malade lui-même se rend très peu compte; on remarque, au moment de la visite, qu'il est habituellement assis sur son lit, que ses réponses sont brèves, saccadées, mais en vain cherche-t-on la cause de cette gêne en consultant le cœur ou les poumons dont les fonctions semblent toujours s'accomplir d'une manière normale. En même temps aussi, le malade devient de plus en plus nerveux, impressionnable, perd complètement le sommeil; l'anorexie se prononce de nouveau accompagnée de régurgitation après chaque repas et dès le 25 juin, on ne prescrit plus que des bouillons à la glace et des tisanes vineuses.

Le 27 juin, on constate un changement considérable; le teint encore animé la veille, est devenu pâle, jaunâtre, les traits sont grippés, les yeux ternes, la respiration extrêmement anxieuse, le pouls petit, irrégulier, saccadé. Il n'y a ni toux, ni expectoration, mais il existe un bruit de souffle évident à la base du poumon gauche, en arrière.

D'autres faits non moins graves se révèlent en même temps; la palpation de l'épigastre fait reconnaître une tumeur correspondant à la région gastro-sphénique, tumeur dure, présentant sous la main une surface irrégulièrement quadrilatère, et, d'autre part, plongeant sa base sous les fausses côtes gauches. On constate de plus de l'œdème des membres inférieurs. C'est à cette date seulement que fut formulé le diagnostic de cancer encéphaloïde du péritoine. Le 29 juin la tumeur a augmenté de volume, le ventre est ballonné, les veines superficielles sont distendues, et il y a dans toute la région abdominale des douleurs qui rendent intolérable la moindre pression; le malade a vomi presque toute la nuit. Le faciès jaunâtre, grippé, présente le double caractère de la cachexie cancéreuse et de la péritonite aiguë. Il n'y avait dès lors aucune ressource, on n'administra plus que quelques opiacés contre la douleur, et, le malade s'éteignit le 3 juillet, dans la matinée.

*Autopsie le 4 juillet.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, écoulement considérable de liquide citrin, transparent; la surface péritonéale est parsemée de plaques rosées et de fausses membranes très friables, agglutinant les anses intestinales. La grande courbure de l'estomac est englobée dans une masse de tissus encéphaloïde, offrant l'aspect et presque le volume d'un cerveau entier; cette masse s'est développée dans l'écartement de deux feuillets antérieurs du grand épiploon.

En outre de cette tumeur principale, il s'en rencontre cinq autres le long du bord libre de l'intestin grêle, toutes remar-

quables en ce qu'elles sont régulièrement arrondies, et en ce qu'elles vont en diminuant progressivement de volume à mesure qu'on les rencontre à des points plus déclives de cet intestin.

Ainsi, la première est du volume d'un œuf d'oie ; la dernière n'a que celui d'une framboise. A l'examen microscopique on trouve dans toutes ces tumeurs de nombreuses granulations graisseuses et une grande quantité de cellules arrondies, à un seul noyau, et en général assez petites. Sur la surface antérieure de l'estomac, il existe quelques petites taches blanches, sous forme de gouttes de cire, comme elles ont été si bien décrites par Curveilhier. Les parois de ce viscère n'ont à part la tumeur sous-péritonéale, subi aucune altération de structure, par suite de la compression périphérique exercée par cette tumeur ; il y a eu seulement diminution de la capacité de l'estomac et la muqueuse présente un aspect mamelonné dû aux replis qui s'y sont ainsi produits d'une manière toute mécanique, de même, à part les tumeurs appendues à son bord libre, l'intestin est parfaitement sain. Le petit lobe du foie venait plonger par son extrémité dans la masse principale qui lui formait une espèce de gangue, mais il a été facile d'en obtenir l'énucléation et à établir que sa capsule d'enveloppe n'avait pas été atteinte par cette dégénérescence. Les autres organes renfermés dans la cavité abdominale, rate, reins, pancréas, n'offrent non plus aucune altération. Le diaphragme est fortement refoulé en haut, il existe une diminution notable de la capacité thoracique ; c'est surtout au niveau de l'aponévrose que ce refoulement est le plus marqué, et la gêne qui devait en résulter pour la circulation, surtout dans le cœur droit, peut nous rendre compte de la dyspnée observée pendant les quinze derniers jours. Le lobe inférieur du poumon gauche est aplati, mou, non crépitant, mais a conservé sa consistance normale ; il présente le type de la splénisation.

OBSERVATION VIII: (Mongird)

(Tirée du *Bulletin de la Société anatomique*, 1863 p. 226.  
Chaumel).

*Epanchement séreux.* — Homme de 54 ans, entré dans le service de M. Beau à la Charité le 13 avril 1863. Arrivé à l'hôpital dans un état de cachexie très avancé, il faisait remonter sa maladie au mois de décembre de l'année dernière; ses organes digestifs fonctionnaient mal; il avait de l'anorexie et souffrait vaguement dans l'abdomen, vers la fosse iliaque. Il ne vomissait pas et ressentait seulement quelques coliques, sans avoir présenté de teinte ictérique, sans avoir eu de diarrhée continue ou d'hémorrhagie. Il y a un mois environ, il s'est aperçu que son ventre commençait à gonfler, et en peu de temps, ce développement a été assez rapide pour rendre une ponction nécessaire. La ponction n'a amené qu'un soulagement momentané; le liquide s'est reproduit, et c'est alors que le malade est entré à la Charité. On y a constaté, avec les traits bien évidents d'une cachexie, une douleur sourde siégeant dans le flanc et dans l'hypochondre droit. Une quantité considérable de liquide occupait le péritoine et l'on pouvait explorer les organes abdominaux. On s'est bientôt décidé à faire une seconde ponction et on a retiré dix litres de liquide séreux, limpide. Après cette opération, on a pu constater, en déprimant la paroi abdominale une vaste tumeur ayant une certaine mobilité et offrant plusieurs bosselures. Les membres inférieurs n'étaient pas œdémateux. Après l'arrivée à l'hôpital, la situation s'est aggravée; la diarrhée est devenue continue; le liquide s'est reproduit et il a fallu faire une troisième ponction. Enfin le 10 mai, la mort a eu lieu. Peu de jours avant, l'épanchement péritonéal était devenu tel, qu'il soulevait le diaphragme et causait les phéno-

mènes d'asphyxie mécanique. On avait dû ponctionner l'abdomen une quatrième fois, la veille de la mort.

A l'autopsie, une vaste masse cancéreuse siégeant dans le mésentère, enfermée par une ponction de l'iléon, et semblant homogène plutôt que formée par la réunion de tumeurs multiples. Cette tumeur possédait à la coupe les caractères assignés aux tumeurs squirrheuses. Son tissu était dur, lardacé, criant sous le scalpel, avec des reflets bleuâtres. C'était bien un cancer primitivement développé dans le mésentère et se propageant peu à peu à l'intestin. Ce dernier, en effet, était seulement malade à son insertion mésentérique. Là, ses tuniques étaient parsemées de petites masses végétantes; faisant une saillie peu considérable et diminuant à peine le calibre de l'organe. Dans l'intérieur de la masse cancéreuse existaient des vaisseaux artériels, à orifices largement ouverts, et qui ne semblaient pas avoir souffert beaucoup de la compression. En présence d'une lésion de ce genre, l'examen microscopique devenait superflu. L'autopsie n'a fait découvrir aucune apparence de dégénérescence cancéreuse autre part que dans le mésentère. On n'a pas trouvé non plus de dépôts tuberculeux dans les poumons. Mais il faut signaler un détail intéressant de l'examen cadavérique. Le cœur droit contenait des caillots fibrineux se prolongeant dans l'artère pulmonaire et dans les veines caves.

## OBSERVATION IX

(Tirée de la thèse de Lorreyté, p. 35)

*Epanchement hémorrhagique.* — Le 9 janvier 1873 entre à n° 21, salle Sainte-Joséphine, service de M. Millard, la nommée Th..., âgée de trente-neuf ans.

*Antécédents.* — Interrogée avec soin au point de vue de l'hé-

rédité, elle ne nous apprend rien qui puisse se rapporter à sa maladie actuelle. Elle a eu, il y a treize ans, un enfant qui se porte bien. Jamais elle n'a été gravement malade. Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ne remontent pas au-delà de deux mois. A cette époque, elle a ressenti dans la région abdominale, à gauche de l'ombilic, des douleurs intermittentes, sourdes d'abord, et dont l'intensité n'a fait que s'accroître. Quelques jours plus tard, elle s'est aperçue que son ventre grossissait. Elle n'a jamais eu grand appétit ; mais un mois avant sa maladie elle a commencé à éprouver du dégoût pour les aliments ; actuellement elle ne prend guère que du bouillon et du lait. Pendant tout le mois qui a suivi l'apparition des premières douleurs, elle a eu des vomissements fréquents qui n'existent plus aujourd'hui. Elle a subi chez elle deux ponctions abdominales à huit jours d'intervalle. La dernière qui a été pratiquée le jour de Noël, a donné issue à environ trois litres d'un liquide rougeâtre, sanguinolent. Les règles sont supprimées depuis deux mois.

*État actuel.* — En examinant cette malade, ce qui frappe au premier abord, c'est son état cachectique. Les traits sont tirés, les yeux encavés, le sillon naso-labial profondément creusé. L'élasticité de la peau est presque entièrement perdue, ce dont on peut s'assurer par la permanence des plis qu'on lui imprime.

Le ventre, considérablement distendu, est sillonné par des veines volumineuses qui se dessinent sous les téguments en trainées presque rectilignes. Le palper et la percussion font reconnaître l'existence d'une ascite abondante. La région hypogastrique et les flancs sont le siège d'une matité absolue, de même que l'hypochondre gauche. On ne trouve de sonorité qu'au niveau de l'épigastre. La peau de l'abdomen est distendue, luisante ; elle offre des vergetures nombreuses et elle est marbrée en certains points par des taches rouges, ecchymotiques, de

forme irrégulièrement circulaire, dont les dimensions varient entre un demi-centimètre de diamètre. Au palper, on a la sensation de noyaux durs, inégaux, occupant la cavité abdominale. Quelques-uns paraissent superficiels, contigus à la paroi, tandis que d'autres en sont séparées par une couche de liquide. Toute la région hypogastrique donne à la main la sensation d'un gâteau volumineux qui remonte vers l'ombilic, en se dirigeant surtout vers le côté gauche, pour aller se perdre en haut sous le rebord costal du même côté.

Les membres inférieurs sont œdématisés depuis deux jours seulement au dire du malade.

Rien d'anormal au cœur ni aux poumons.

Par le toucher vaginal on constate que l'utérus est presque immobile; le col est tout à fait sain.

Il n'existe aucun trouble de la miction; l'urine ne contient pas d'albumine.

La langue est rouge, sèche, sur sa base de même que sur la face inférieure du voile du palais, on aperçoit des plaques blanches de muguet.

La masse épiploïque a une longueur de trois décimètres sur dix à quinze centimètres de largeur. A cinq à six centimètres d'épaisseur, sa surface antérieure est assez régulièrement marquée. Son bord inférieur offre des bosselures très distinctes qui se dessinent encore davantage sur la face postérieure, où l'on trouve des noyaux nombreux de la grosseur d'une noix, sillonnés de tâches et de stries bleuâtres. Ces dernières sont formées par des vaisseaux dilatés.

L'estomac n'est envahi par la dégénérescence que sur sa paroi antérieure et dans ses deux tuniques externes. La muqueuse est parfaitement saine.

Le gros intestin et l'intestin grêle sont rouges, et, sous la séreuse qui les tapisse, on découvre de fines arborisations vas-

culaires ; leurs anses adhèrent entre elles au moyen de fausses membranes difficiles à déchirer.

Au mésentère sont appendues de nombreuses masses lobulées, bosselées, ayant le volume d'un marron.

La surface péritonéale du petit bassin est le siège de champignons semblables, au milieu desquels sont perdus la vessie et l'utérus. Quand on pratique des coupes sur ces viscères, de même que sur les ovaires et les trompes, on peut se convaincre que leur parenchyme n'est point lésé.

La rate se trouve comprise dans une masse adhérente au diaphragme et de même nature que celle que nous avons rencontrée en différents points du péritoine.

Le foie adhère aussi en partie à la face inférieure du diaphragme. De même que la rate, il ne présente aucune trace de lésion carcinomateuse.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume. Tous les autres organes sont sains. Le malade n'est point allé à la selle depuis deux jours ; l'appétit est complètement perdu ; mais il n'existe plus de nausées ni de vomissements. Pouls, 80, petit, filiforme.

Il existe de la gêne de la respiration due à la distension du ventre. Depuis deux mois, la malade est tourmentée par une insomnie qui paraît tenir à l'intensité des douleurs abdominales.

Les téguments sont très pâles, mais ne présentent point la teinte jaune paille que l'on a donnée comme caractéristique des affections cancéreuses.

Traitement : lait, bouillons, potages, julep morphiné.

Les jours suivants, l'oppression fait des progrès. Les scalènes, le sterno-éléido-mastoïdien, tous les muscles inspireurs accessoires se contractent énergiquement pour dilater la cage thoracique ; le ventre grossit de plus en plus, l'œdème se généralise, et, enfin, la malade meurt le 17 janvier.

*Autopsie. — Abdomen.* — Tous les organes contenus dans la cavité abdominale sont adhérents entre eux, excepté les deux reins, qui se laissent facilement détacher et ne présentent aucune lésion apparente. Le péritoine contient une grande quantité d'un liquide légèrement teinté de rouge. A première vue, il est difficile de reconnaître les différents viscères. Ce qui frappe, tout d'abord, c'est un bloc volumineux, mamelonné, jaunâtre, strié de rouge-carmin et occupant tout le grand épiploon. Cette énorme tumeur, par son poids a attiré le colon transverse vers la partie inférieure et gauche du ventre, laissant ainsi à découvert une grande partie de l'estomac au devant et dans la paroi antérieure duquel se trouve une production cancéreuse jaunâtre, striée de rouge, arrondie, et ayant environ un décimètre de diamètre.

A la coupe, tous les noyaux cancéreux et la grosse masse épiploïque offrent les mêmes caractères ; la surface incisée laisse suinter un suc laiteux quand on la comprime. Ce tissu pathologique est mou et offre les caractères extérieurs de l'encéphaloïde.

#### OBSERVATION X

(Tirée de la thèse Loreyte, p. 47)

*Pleurésie hémorrhagique.* — G... Hippolyte, âgé de 30 ans, entre fin janvier 1872 dans le service de M. Dujardin-Baumetz, à l'Hôtel-Dieu.

Depuis deux mois, il éprouve dans le ventre une sensation de pesanteur. En décembre 1871, il est entré dans un service de chirurgie, où l'on a constaté la présence dans l'abdomen d'une tumeur assez considérable. Une ponction exploratrice a été faite, rien n'est sorti.

*Etat actuel.* — Abdomen considérablement développé, sil-

lonné par des veines sous-cutanées très apparentes ; au palper, on sent une tumeur dure, bosselée qui, limitée au moyen de la percussion, paraît siéger à gauche et au-dessous de l'ombilic, de manière à remplir le flanc et la fosse iliaque du même côté. Dyspnée intense. Etat cachectique assez avancé.

Au bout de quelques jours, œdème des membres inférieurs, puis symptômes de péritonite, douleurs vives dans le ventre, vomissements poracés. Des taches ecchymotiques apparaissent sur la peau de l'abdomen deux ou trois jours avant la mort qui survient le 5 février

A l'autopsie, granulations cancéreuses répandues sur toute la surface du péritoine et particulièrement dans le grand épiploon. Anses intestinales agglutinées par des fausses membranes récentes. Tumeur carcinomateuse du volume d'un cœur humain, situé dans la fosse iliaque du côté gauche et comprimant la veine iliaque primitive, qui présente des taches rouges, ecchymotiques ne disparaissant pas par le lavage.

La veine cave inférieure renferme dans sa cavité une saillie en forme de champignon qui adhère à la paroi et qui paraît être de nature carcinomateuse. L'aorte ne présente rien.

Le foie offre à sa surface des petites tumeurs du volume d'une noix, d'une coloration blanc-jaunâtre, et ayant déjà subi, quelques-unes du moins, un ramollissement au niveau de leur centre. Reins et rate sains.

Epanchement sanguinolent dans le péritoine.

La colonne vertébrale n'est pas altérée, le tissu spongieux du corps des vertèbres paraît seulement un peu plus rouge qu'à l'état normal.

A la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, sous le péritoine pariétal, à l'endroit qui correspond exactement à la ponction faite par le chirurgien, il existe une petite tumeur carcinomateuse.

Les ganglions de l'aine ont subi la dégénérescence cancéreuse ; ils sont durs et augmentés de volume.

Les poumons sont congestionnés, dans la plèvre gauche épanchement abondant, légèrement coloré en rouge par du sang. Epanchement pleurétique moins considérable du côté droit. Les deux plèvres diaphragmatiques sont le siège d'une foule de granulations cancéreuses analogues à celles de l'épiploon.

Dans le péricarde, quelques cuillerées d'une sérosité transparente. Le cœur présente à sa surface des taches laiteuses et aussi une petite tumeur, large comme une pièce de 50 centimes, d'un blanc jaunâtre, offrant des saillies et des dépressions et paraissant limitées à l'épaisseur du péricarde vénéral. Valvules mitrales parsemées de noyaux athéromateux. L'aorte ascendante présente également des athéromes, situés un peu au-dessus des valvules sigmoïdes.

Cerveau sain.

#### OBSERVATION XI (Chuquet)

*Début par occlusion intestinale.* — L..., 73 ans, maçon, est entré le 10 février 1879, salle Saint-François, n° 17.

Ce malade nous est entré avec une recommandation d'un médecin qui le disait atteint d'occlusion intestinale : « Il n'avait pu aller à la selle depuis près de trois semaines ; malgré 100 grammes d'huile de ricin et deux gouttes d'huile de crêton par la bouche à plusieurs reprises, malgré des lavements purgatifs répétés, etc... il n'avait rendu que très peu de matières. »

Il nous a donné lui-même très peu de renseignements sur son état antérieur. Il était mal portant, disait-il, depuis environ un an. Il ne vomissait pas, il n'avait pas rendu de sang par les garde-robes.

*Etat actuel.* — Très peu d'œdème des jambes. Tuméfaction de la paroi abdominale qui est due à un météorisme considérable, mais aussi à la présence d'une certaine quantité de liquide ainsi que le révèle la percussion des parties déclives. L'embonpoint du sujet rend les recherches très difficiles. On ne perçoit aucune tumeur. Le foie, au dire de M. Millard, est augmenté de volume. Rien d'important à noter pour le cœur et les poumons.

11 février. — Très vives douleurs dans le ventre qui empêchent le malade de dormir et lui arrachent des cris. Efforts de vomissements incessants.

Le 12 février. — Ponction qui laisse sortir 7 litres de liquide jaune très foncé. Après la ponction on perçoit des rénitences localisées dans la cavité abdominale. Le liquide après dépôt nous permet de voir à la partie inférieure du vase des parties blanches mêlées à des parties rouges. L'examen microscopique montre que ce dépôt est constitué par des globules sanguins crénelés, des globules blancs et de grandes cellules polymorphes à noyaux multiples donnés comme caractéristiques du suc cancéreux.

Le 13 février. — Même état malgré la ponction. Les douleurs restent très vives et ne sont calmées que par l'injection hypodermique.

Le 14 février. — Mort.

Le diagnostic avait été, même avant la ponction: péritonite cancéreuse. L'examen du liquide vérifiait pleinement cette assertion de M. Millard.

*Autopsie.* — *Ouverture de la cavité abdominale.* — Deux litres de liquide, jaune foncé s'en échappent. En écartant les deux lèvres de l'incision du ventre, on est frappé immédiatement par l'aspect du grand épiploon parsemé de noyaux blancs autour desquels la séreuse présente une vascularisation

considérable. A la partie supérieure de ce grand épiploon, au niveau du point où il s'insère à la grande courbure de l'estomac existe une plaque de chondroïde de la dimension de la paume de la main, de 0<sup>m</sup>01 d'épaisseur, présentant un aspect blanchâtre qui contraste avec l'aspect rougeâtre du grand épiploon. Au niveau de l'insertion mésentérique de l'intestin grêle et au niveau de l'insertion du mesocôlon sur le côlon, on trouve des granulations jaunâtres dont la dimension varie depuis un grain de millet jusqu'à un noyau de cerise. Quelques-unes présentent même un développement plus considérable. Les mêmes grains jaunes se retrouvent au niveau de la partie convexe de l'intestin, mais beaucoup moins nombreux. Il en existe très peu dans cette partie du mésentère qui s'insère à la colonne vertébrale. On en trouve également sur toute la paroi abdominale et surtout sur le trajet de l'ouraque, et des artères ombilicales jusqu'à l'ombilic où est un noyau considérable. Le péritoine diaphragmatique en est tapissé, et, à ce niveau, ces granulations forment en se réunissant des plaques considérables. Sur la face pleurale du diaphragme, on retrouve quelques granulations assez développées, peu nombreuses en somme.

*Examen des viscères. — Foie. —* Considérablement augmenté de volume, il présente un aspect jaunâtre qui tient à la dégénérescence graisseuse. Au niveau de l'incision du péritoine sur sa face convexe, ces noyaux cancéreux se retrouvent et paraissent s'étendre sur la face convexe en devenant de plus en plus petit. L'odeur est celle du foie gras.

A la coupe, on retrouve les caractères d'un foie moyennement graisseux. Vers la partie centrale existe un noyau blanchâtre de la dimension d'une petite noix et à côté un noyau plus petit. Poids 2 kil 100.

*Estomac. —* Il est rempli de liquide. Il paraît contenu dans un véritable sac de tissu cancéreux, du moins quant à la partie

pylorique. Au niveau de la grande courbure et de la grande tubérosité il n'existe pas de productions cancéreuses. Nous ouvrons l'estomac le long de la grande courbure. La muqueuse dans toute son étendue paraît saine, mais au niveau du pylore, la plaque volumineuse que nous avons mentionnée au début constitue un canal inextensible qui ne laisse pas passer deux doigts. L'épaisseur du tissu morbide au niveau du pylore est de près de 0<sup>m</sup> 04. Quoiqu'il n'y ait rien dans la petite courbure l'épiploon gastro-splénique est farci de granulations et présente une épaisseur de 0<sup>m</sup> 02.

*Rate.* — Elle paraît normale. La capsule est seulement un peu épaissie.

*Reins.* — Graisseux à gauche. Dans la rein droit on trouve un noyau ovalaire de la grosseur d'une amande.

La muqueuse du gros intestin est saine. Les tuniques externes sont rétrécies par le néoplasme. Il en résulte une diminution de calibre.

La muqueuse de l'intestin grêle est absolument saine.

Ganglions mésentériques dégénérés, cancéreux.

Aorte athéromateuse.

Ganglions du médiatus cancéreux.

*Cœur.* — Surcharge graisseuse. Dilatation générale des cavités. Légère hypertrophie du ventricule gauche. Valvules mitrales et tricuspèdes intactes. Athérone des valvules aortiques. Les poumons ne présentent rien de particulier à noter, sauf un peu d'hypostase. La plèvre pariétale, dans ses portions costales et médiastines, n'a aucun grain cancéreux. Rien de particulier à noter dans le cerveau et les méninges.

### OBSERVATION (résumée)

CANCER DES ÉPIPLOONS AVEC POCHE KYSTIQUE HÉMORRHAGIQUE  
(*Société anatomique*, 1868, p. 59)

M. Deshayes, fait voir des lésions trouvées à l'autopsie d'un homme de 71 ans, mort à Bicêtre, en trente-six heures, avec tous les signes d'une péritonite aiguë. Cet individu était entré à l'hospice depuis 1828, comme atteint de cécité, et sa santé avait toujours été généralement bonne.

Les lésions graves qui ont déterminé la péritonite mortelle, s'étaient donc développées d'une manière tout à fait latente ; ou au moins sans trouble important de la santé.

L'autopsie montre d'abord les lésions de la péritonite ultime, rougeur, fausses membranes, adhérences péritonéales, etc., mais il existait une tumeur globuleuse énorme, située derrière la paroi abdominale et en avant des intestins, étendue depuis le foie et l'estomac jusqu'au pubis. Elle contient des gaz et un liquide brunâtre qui s'échappent lorsqu'on la presse, par deux orifices de perforation ; un examen attentif démontre que cette tumeur est développée dans le grand épiploon.

En arrière et à gauche existe une adhérence assez large avec le jéjunum qui a cependant conservé toute son intégrité. Cette tumeur renfermait outre les gaz abondants et le liquide, des masses d'un rouge brun foncé, tomenteuses, analogues comme aspect aux lobes placentaires qui sont composés de fibrine concrétée et friable.

En outre, on retrouve, dans le méso-côlon, dans le mésentère, de petites masses grosses comme une tête d'épingle, comme des pois ou même plus volumineuses, isolées ou en chapelets, de nature cancéreuse et développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Aucun viscère ne présentait la moindre altération.

#### OBSERVATION XIV

Communiquée à la Société anatomique en avril 1897 par Georges Rosenthal, interne des hôpitaux.

*Péritonite cancéreuse primitive. — Pleurésie et ascite hémorrhagiques. — Mort. — Autopsie.* — La nommée V..., âgée de 56 ans, est entrée le 9 décembre 1896, salle Laënnec, lit n° 11.

a) *Antécédents héréditaires.* — Le père serait mort d'un cancer, la mère est morte à un âge assez avancé. Une sœur vivante a une laryngite chronique; une autre sœur est morte poitrinaire. Un frère est mort à 17 ans de la variole.

La malade a eu 13 enfants dont deux seulement sont vivants, les autres sont morts en bas âge.

b) *Antécédents personnels.* — La malade s'est toujours bien portée jusqu'à il y a 4 ans où elle eut une pleurésie, pour laquelle elle fut soignée à Saint-Antoine.

Pas de maladie infectieuse dans l'enfance ou l'âge adulte.

c) *Histoire de la maladie.* — Depuis 4 mois, la malade éprouve une sensation de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre, surtout en marchant et en portant des fardeaux. De temps en temps les douleurs augmentent et la malade pendant quelques jours a la diarrhée. C'est pour cette diarrhée qui vient de la reprendre qu'elle se présente à la consultation et elle entre dans le service de M. le professeur Jaccout, où elle est couchée, salle Laënnec, n° 11.

d) *Examen de la malade.* — Au début de février, l'état général de la malade est relativement satisfaisant. Elle se lève dans la journée, cause tranquillement, s'occupe, n'a pas de fièvre et, du reste, l'examen des viscères pratiqué systématiquement reste négatif en ce qui concerne l'abdomen.

Le ventre est gros, tympanisé avec une légère ascite.

Sur les parois on constate des deux côtés une circulation périphérique exagérée. La température locale est un peu accrue.

En palpant le ventre, on sent par une palpation forte une tumeur grosse, dure, ligneuse, inégale, mobile, sans adhérence à la paroi, que l'on peut sentir dans les deux hypochondres et dans la partie supérieure de la région ombilicale.

En déprimant fortement la paroi, la main peut chasser la tumeur et la sentir à son retour par une sensation analogue à celle du ballonnement fœtal.

Pas de douleurs abdominales. Pas d'adénopathies ni dans les aînes, ni dans l'aisselle, ni dans le cou.

Au toucher vaginal, on constate que l'utérus est peu mobile. Le cul-de-sac gauche semble refoulé en bas. Pas de douleur dans les culs-de-sac. Rien à noter pour les annexes.

Pendant la fin de février, l'état reste stationnaire. Vers le milieu de mars on constate que l'ascite a considérablement augmenté. La matité a envahi presque la totalité de l'abdomen et la respiration semble même un peu gênée.

Le 11 mars. — La malade est prise dans la cour de frissons petits et répétés et d'un point de côté gauche. La dyspnée augmente.

Le 12. — La malade se plaint de gêne respiratoire considérable. Elle souffre d'une toux quinteuse et sèche.

L'examen de la poitrine donne à la base gauche des signes évidents d'une pleurésie, remontant jusqu'à la partie moyenne de la fausse sous-épineuse (matité et disparition totale des vibrations, abolition du murmure vésiculaire. Pas de souffle, pas d'œgophonie et de pectoriloquie). L'épanchement est moyen, car l'espace de Traube est sonore et le cœur n'est pas déplacé.

Le diagnostic est confirmé par une ponction exploratrice qui

retire un liquide franchement hémorragique, ou, ainsi que le Dr Achalme, nous avons constaté la présence de globules rouges.

Régime lacté, trois ventouses scarifiées.

Le 17. — L'état de la malade s'est aggravé. La dyspnée est plus forte. L'espace de Traube est mat. La matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. La pointe du cœur est légèrement refoulée vers la droite.

La thoracentèse est faite aseptiquement. On se sert de l'aiguille n° 2 et on retire 1 litre 750 d'un liquide d'apparence hémorragique.

A la fin de la ponction, la prise de deux ou trois secousses de toux légère, sans du reste la moindre expectoration.

L'examen microscopique du liquide montre des globules intacts et d'autres déformés. Immédiatement la malade se sent soulagée. La température est à 37° 4.

Le 18. — Comme les jours précédents, pas de fièvre.

L'espace de Traube est sonore. La matité remonte encore jusqu'à la pointe de l'omoplate; mais les vibrations thoraciques sont revenues, et l'oreille perçoit de gros frottements qui cependant ne sont pas perceptibles à la main. A droite, on entend à la base quelques râles sous-crépitaux.

L'auscultation des sommets est négative.

Le 19. — L'abdomen est distendu par l'ascite. La malade dans le décubitus dorsal est très gênée pour respirer. Tout le ventre est mat, la main ne peut plus arriver jusqu'à la tumeur. Le toucher vaginal montre les deux culs-de-sac abaissés et refoulés par l'ascite.

Aussi pratique-t-on la ponction abdominale qui évacue 8 litres 730 d'un liquide franchement hémorragique.

La ponction terminée, on peut palper aisément la tumeur. On sent très nettement une masse formant un bourrelet dur et

ligneux allant d'un hypochondre à l'autre. Ce bourrelet est bosselé, irrégulier. Il a environ 5 centimètres de hauteur.

Le 25. — L'état de la malade s'est un peu amélioré. Elle ne souffre pas, mais sa faiblesse est extrême et il faut l'aider à s'asseoir pour pratiquer l'auscultation. Du reste, le liquide ne se reproduit pas dans la plèvre où les frottements persistent jusqu'à la base.

Le 30, les frottements ne se perçoivent plus à la base gauche.

Le 1<sup>er</sup> avril, la faiblesse augmente. Le ventre est ballonné, il s'est reproduit une légère ascite.

Le 3, la matité due à l'ascite remonte jusqu'à l'abdomen.

Le 4, on retrouve les signes d'épanchement pleural. La malade est très faible.

Le 6, le matin, nous trouvons la malade dans un état général grave. Faiblesse, tendances à la syncope, impossibilité de parler. L'auscultation donne des signes d'un épanchement pleural considérable. Le ventre est de nouveau rempli d'ascite.

L'état de la malade est tel qu'on doit s'abstenir de toute intervention et la malade meurt dans la journée.

e) *Autopsie pratiquée le 8 avril.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule plusieurs litres d'un liquide hémorrhagique. En détachant le plastron costal, il s'échappe des deux cavités pleurales, un peu de la droite, surtout de la gauche, un liquide présentant les mêmes caractères.

Une fois le liquide évacué, on constate sur toutes les anses intestinales, sur le mésentère, sur les feuillets pariétal et viscéral du péritoine même au niveau du diaphragme des granulations d'une grosseur qui varie de celle d'un grain de millet à celle d'un petit pois. Ces granulations sont blanchâtres, les unes, opalines, les autres, transparentes. Elles adhèrent par une base légèrement rétrécie et sont isolées, en séries et vers l'intestin réunies en petits groupes.

L'attention est surtout appelée par le tablier épiploïque qui est ratatiné et forme ce bourrelet transversal que nous avons déjà signalé à l'examen de la malade. Cette masse forme un plan de séparation entre la portion intestinale de la cavité abdominale et la portion gastro-hépatique. Elle est recouverte d'une série de granulations présentant les mêmes caractères que les autres.

Enlevée après ligature du côlon transversal auquel elle adhère, on voit qu'elle se divise par un étranglement médian en deux parties principales. A la coupe on constate qu'elle est formée par une capsule fibreuse épaisse d'un demi-millimètre environ renfermant une bouillie molle, jaunâtre, encéphaloïde, qui bave et s'écoule à la coupe.

La partie gauche de la masse néoplasique est sensiblement moins ramollie. Nulle part il n'existe d'exudat fibrineux.

Le foie est petit, ratatiné, déformé (980 gr.) La vésicule biliaire atrophiée est pourtant remplie d'une bile de coloration normale. Sur la face externe du foie et paraissant correspondre à la saillie interne du cartilage, réunissant les fausses côtes, on trouve une dépression de 2 cm. 1/2 de large sur 8 centimètres de longueur. A la coupe, pas de noyaux cancéreux. Par place quelques brides fibreuses. Du reste le foie est dur et résistant au couteau.

Les ganglions du hile ne sont pas hypertrophiés, ni malades à l'examen macroscopique. La veine-porte est comprimée dans l'épiploon-gastrohépatique recouvert de nodules cancéreux.

*Pancréas.* — Rien d'anormal.

*Rate.* — Petite, scléreuse, dure à la coupe, 90 grammes. Pas de noyaux cancéreux.

*Reins et capsules surrénales.* — Capsules sans hémorragie ni lésions. Le rein droit est petit, sa face péritonéale est parsemée de granulations. A la coupe, pas de congestion, mais un

peu de diminution en hauteur de la substance corticale (rein sénile). Poids, 150 grammes. La capsule se détache rapidement. Le rein gauche pèse 140 grammes. Il ne présente rien de particulier.

*Tube digestif.* — Rien de spécial. L'appendice est adhérent par son extrémité inférieure à la masse qui représente l'ovaire droit.

L'utérus est petit, ratatiné, scléreux ; sa cavité mesure 4 centimètres de longueur. L'ovaire et la trompe disparaissent au milieu d'un amas de granulations néoplasiques ; à la coupe on ne peut reconnaître l'aspect ordinaire.

Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, considérablement indurés et à la coupe on les trouve formés d'un tissu mou, jaunâtre et diffus, rappelant la structure de la masse épiploïque.

Malgré le soin que nous avons apporté à rechercher l'existence d'une localisation primitive du processus cancéreux, il nous a été impossible d'en déceler dans un viscère quelconque.

L'examen de la cavité thoracique a été tout aussi négatif.

*Cavité thoracique.* — Sur la plèvre diaphragmatique gauche existent quatre lobules cancéreux.

Le poumon gauche est petit, ratatiné. Pas de fausses membranes à sa périphérie. Pas de granulations tuberculeuses au sommet. Emphysème léger du bord antérieur.

Le poumon droit est rouge, congestionné. Pas de lésions tuberculeuses dans le sommet, mais à la partie supérieure du lobe moyen, on trouve une formation ressemblant à un tubercule, qui est immédiatement mis dans l'alcool pour être examiné plus tard.

La base du poumon droit est congestionnée, sans hépatisation, et à la coupe des bronchioles, du pus s'écoule en abon-

dance. Le tissu pulmonaire de la base droite, jeté dans l'eau, surnage.

Les ganglions du hile pulmonaire sont durs, petits, noirs, résistent au couteau; ils ont subi la dégénérescence calcaire.

Pas de liquide dans le péricarde. Les valvules du cœur sont normales. L'aorte est saine.

L'examen de la moelle et du cerveau est absolument négatif.

Le nodule pulmonaire suspect a été examiné microscopiquement. L'existence abondante de cellules géantes des plus nettes et de points dégénérés rappelant les coupes classiques des tubercules pulmonaires nous a montrée qu'il s'agissait là non pas d'une localisation cancéreuse, mais d'un tubercule ancien et latent.

Quant à la tumeur même, sur des coupes colorées à la thionine phéniquée et à l'éosine, on constate qu'elle est constituée par des travées conjonctives limitant des alvéoles de dimension variable, remplies de cellules volumineuses, la plupart sensiblement sphériques, dont les noyaux fixent bien la matière colorante.

## MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

La marche de la péritonite cancéreuse primitive est progressive et mène à la mort d'une façon constante. Ce caractère progressif de la déchéance organique est extrêmement important. La durée est courte, elle varie de 2 mois à an ; le plus souvent, la mort survient du 6<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> mois (Lebert, Kohler et Bamberger). La mort est la terminaison fatale de la maladie. Elle survient par la cachexie, la généralisation ou par les complications le plus souvent pulmonaires.

On verra successivement les 3 périodes de la maladie que nous avons étudiées. Première période, troubles vagues avec douleurs ; deuxième période, météorisme, ascite, tumeurs et dyspnée, enfin la troisième période ou période des ponctions se termine par la mort.

Cependant, il faut se souvenir que Chuquet a décrit des poussées aiguës qui forment comme une transition entre la péritonite cancéreuse primitive et la carcinose aiguë du péritoine. Ces périodes sont caractérisées par l'exagération des douleurs et l'apparition de vomissements que nous avons étudiés au chapitre des symptômes.

Le pronostic est donc absolument fatal et à une échéance toujours rapprochée. Une fois, le diagnostic fermement éta-

bli, il ne faut pas se laisser tromper par la conservation apparente d'un état général satisfaisant des malades. Ce n'est en effet que quelques jours avant la mort que se produira le passage de la période d'état à la période ultime de cachexie et de marasme.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péritonite cancéreuse primitive est toujours un diagnostic difficile. On est appelé à le porter dans cinq cas bien séparés :

1° Il y a un épanchement abdominal séreux ou séro-fibrineux, dont l'évacuation laisse percevoir des tumeurs :

2° Il y a un épanchement abdominal séreux ou séro-fibrineux, mais après l'évacuation on ne perçoit pas de grosse tumeur ;

3° Il y a un épanchement intraviscéral et non pas intrapéritonéal ;

4° Il y a un épanchement hémorrhagique avec ou sans tumeur ;

5° L'épanchement est un smptôme secondaire au point de vue clinique ; il existe une tumeur abdominale ;

6° Il y a une cachexie fruste et sans symptômes locaux bien spécifiés par le malade.

I. — Les cas d'épanchement non hémorrhagique sont fréquents et nous les signalons en tête, pour que l'on soit bien convaincu que le caractère séreux de l'épanchement n'est pas incompatible avec l'existence de la péritonite cancéreuse.

Dans cette première catégorie de faits nous nous trouvons en présence de deux cas bien différents, l'un relativement rare et l'autre très fréquent :

1° La tumeur abdominale avec généralisation péritonéale secondaire ;

2° La péritonite tuberculeuse, avec gâteaux péritonéaux.

Le premier cas est le plus simple. En faisant l'examen complet du malade, en répétant soigneusement la palpation et la percussion, on retrouvera, avec l'aide des commémoratifs, des symptômes capitaux.

L'existence d'une tumeur augmentant la matité de la région lombaire, donnera au palper de Guyon le phénomène du ballotement rénal, dont l'évolution a été accompagnée d'hématuries répétées, fera songer à un sarcome du rein. Alors, la cystotomie permettra de voir que l'urine ne s'écoule plus dans la vessie que de l'uretère correspondant au rein sain.

Cependant, il est des cas où après avoir diagnostiqué cancer du péritoine, on a trouvé à l'autopsie un cancer primitif du rein.

Une longue période d'état où la santé est restée intacte, la forme ovoïde proéminente du ventre, la matité continue, la latéralité nette de la tumeur, les signes fournis par le toucher vaginal permettront de dépister le kyste de l'ovaire, dans les cas où la tumeur a greffé ses végétations sur le péritoine.

Mais le diagnostic avec la péritonite tuberculeuse est de beaucoup le diagnostic le plus délicat. Certes, d'une façon

générale, il existe deux signes bien distinctifs. L'une frappe les jeunes gens débiles, à antécédents scrofuleux, ayant eu des abcès froids mal guéris ou des coxalgies, et dont les sommets pulmonaires sont rarement intacts. C'est la péritonite tuberculeuse. L'autre frappe des adultes ou des vieillards robustes, et mine progressivement des organismes indemnes de tare bacillaire.

Que de variations et combien dans la clinique ces signes donnent peu de certitude. D'autant que les signes communs abondent et dans une thèse soutenue à Paris en 1893, Castruil a bien mis en relief les difficultés de la diagnose.

Des deux côtés, ballonnement du ventre, météorisme, ascite cloisonnée, amaigrissement, adénopathies, déchéance organique. Le gâteau péritonéal simule merveilleusement la tumeur.

Il est dans ce cas un signe de premier ordre. C'est la réaction biologique du liquide. Même en cas d'intégrité des sommets, même chez un sujet adulte l'inoculation de l'épanchement au cobaye va trancher nettement la difficulté.

Si la péritonite est tuberculeuse, le cobaye inoculé mourra de tuberculose généralisée; et le diagnostic différentiel sera ainsi posé.

Nous rappellerons ainsi la nature différente de l'adénopathie inguinale qui n'aura jamais dans la tuberculose la dureté qu'elle présente dans le cancer.

2° Dans le cas d'ascite sans grosse tumeur, la péritonite cancéreuse primitive peut être confondue avec deux groupes de maladies.

I). Les maladies où le péritoine, malgré l'existence de l'épanchement, n'est pas l'organe essentiellement lésé.

II). Les péritonites chroniques simples, c'est-à-dire celles qui ne relèvent ni de la tuberculose, ni du cancer.

Un malade se présente avec du ballonnement du ventre, une ascite moyenne et de la dyspnée. — En l'examinant, vous remarquez que les jambes sont enflées, le scrotum œdématisé; il vous apprend qu'il a eu une attaque ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, qu'il souffre de battements de cœur violents. Vous le voyez haletant. A l'auscultation vous trouvez un souffle systolique à la pointe. Il ne saurait y avoir de confusion.

Un autre malade est cachectique, mais il est blanc et non jaune paille. Les paupières sont bouffies. Le ventre est souple, malgré l'ascite non douloureux. L'acide nitrique précipité de l'albumine dans ses urines. L'examen approfondi du malade fait faire le diagnostic de mal de Bright.

En présence d'un malade porteur de varicosités veineuses des pommettes qui, après une période de troubles digestifs, a vu gonfler son ventre, un réseau veineux labial développé à droite. Vous êtes porté à percuter le foie. Il est petit, la rate est grosse et sensible à la percussion. L'urée est diminuée dans les urines, qui contiennent de l'urobiline; l'expérience de la glycosine alimentaire donne un résultat positif. Vous concluez à une cirrhose de Laënnec.

Il en est tout autrement des péritonites chroniques simples, qui relèvent le plus souvent de l'alcoolisme.

Écoutez la description de la péritonite chronique alcoo-

lique de Lancereaux : « Douleurs généralement sourdes, diminuée sur les différents points de l'abdomen, accusées par la percussion tout au moins à la première période du mal avec augmentation de volume et inégalité de l'abdomen, sans dilatation des veines sous-cutanées, sensation de flux, déplacement incomplet de liquide épanché, absence de déplacement des anses intestinales à la palpation, parfois diarrhée concomitante, dyspepsie et souvent cachexie. » Voilà résumés les principaux caractères de la maladie d'après M. Lancereaux (*Dictionnaire des sciences médicales*, art. ALCOOLISME).

Si ce sont là des signes communs, on peut en trouver de différents. Le plus important est la différence de l'évolution des deux maladies.

La péritonite cancéreuse primitive mène à la mort en huit mois, en général, la péritonite chronique alcoolique a une évolution lente, torpide.

Les commémoratifs mettent sur la voie du diagnostic. Enfin, on ne retrouve pas cette adénopathie ligneuse spécifique pour ainsi dire du cancer.

Indépendamment de l'alcoolisme, la péritonite chronique a été décrite, soit comme lésion venant compliquer un ulcère de l'estomac, une ovarite ou une tumeur abdominale, soit au cours du mal de Bright et des cardiopathies.

Delpuch, du reste, remet dans une même pathogénie la péritonite chronique survenant au cours des cardiopathies, ou mal de Bright ou de l'intoxication saturnine. Il s'agit, selon lui, d'une action toxique ou de poisons autogènes ou

hétérogènes. Ces affections donnent peu de symptômes surtout peu de symptômes inquiétants et ne feront pas commettre une erreur de longue durée, si on les a confondues momentanément avec la péritonite cancéreuse.

Quant à l'ascite idiopathique des jeunes sujets, ascite curable, on sait depuis les travaux de Marfan qu'elle correspond à la forme la plus bénigne de tuberculose péritonéale.

3. La péritonite chronique cancéreuse peut encore, par l'ascite, être confondue avec les collections liquides développées à l'intérieur des organes de la cavité abdominale.

Ainsi la rétention de la bile dans les voies biliaires peut donner lieu à une annulation de bile dans la vésicule sans ictère ou avec ictère léger, et qui pourrait donner le change.

Le kyste de l'ovaire se diagnostiquera aisément par son origine (toucher vaginal et rectal) son évolution, la forme ovoïde du ventre, l'analyse chimique du liquide et la présence de la paralbumine.

4. Lorsque la ponction a démontré l'existence d'une ascite hémorrhagique, s'il s'agit d'un malade, âgé, cachectique, le diagnostic de péritonite cancéreuse primitive est de beaucoup le plus probable. Toutefois, ces épanchements hémorrhagiques peuvent se rencontrer dans deux autres affections.

La péritonite tuberculeuse peut se compliquer d'un épanchement franchement hémorrhagique, en particulier dans un cas publié par M. le professeur Jaccoud.

On a même décrit une pachypéritonite hémorrhagique, inflammatoire, où l'épanchement hémorrhagique est dû à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation.

L'inoculation aux animaux de l'épanchement, la marche irrégulière, sans cachexie avec poussées aiguës, feront éviter les erreurs de diagnostic.

5. Enfin, il est des cas frustes, où la péritonite cancéreuse primitive est fruste, et où le diagnostic devra se poser avec toutes les cachexies. Il faudra, dans ce cas se défier principalement, à cause des troubles digestifs, qui se révéleront à l'examen, d'un cancer latent de l'estomac ou d'un cancer du rectum.

Nous tenons à présenter quelques remarques, après avoir terminé le diagnostic, d'une part sur la possibilité d'épanchement chyleux et sur la tumeur décrite sous le nom de sarcome retro-péritonéal, d'autre part sur la possibilité qu'il y a de confondre la péritonite cancéreuse avec la grossesse.

Nous rappelons à ce propos les deux observations publiées à la *Société anatomique* en 1866 par M. Théophile Anger, où on crut après un accouchement, à l'existence d'un deuxième fœtus, et en 1871, où un cancer du péritoine put en imposer pour une grossesse.

Quant à la possibilité d'épanchement laiteux, nous voulons simplement faire remarquer que quoiqu'un semblable épanchement n'ait pas été signalé au cours de la péritonite cancéreuse primitive, il a été signalé au cours de la péritonite légère compliquant des néoplasmes particulièrement dans les observations de Sainton, que nous avons déjà cité et de Lion (*Arch. générales de Médecine* 93 p. 826) où un cancer de l'ovaire se généralisa au péritoine.

Le sarcome rétropéritonéal dont les observations se sont multipliées depuis que Lobstein l'isola dans son Anatomie pathologique, peut dans quelques cas être d'un diagnostic délicat.

On y observe des tumeurs, souvent multiples, abdominales, une cachexie progressive — un retentissement péritonéal. Mais ce qui guide le diagnostic c'est l'existence de douleurs localisés, très vives, nécessitant l'emploi des piqûres de morphine. Comme par exemple, la douleur dûe à l'enclavement des sciatiques.

Nous reproduisons plus loin l'intéressante observation de Pillet et Veau (Soc. anat. 96 Oct. p. 720.)

## TRAITEMENT

On conçoit combien le médecin a peu de prise sur une néoplasie aussi diffuse que le cancer du péritoine. L'intervention chirurgicale étant impossible, on est réduit à un traitement symptomatique.

Les purgatifs légers contre la constipation, le laudanum et l'opium contre la diarrhée, les injections de morphine contre la douleur, les ponctions abdominales, une alimentation légère et réglée feront la base du traitement.

OBSERVATION XV. — (Chuquet).

Tirée du *Bulletin de la Société anatomique*, 1871.

*Tumeur cancéreuse simulant la grossesse.* — La nommée R. H..., âgée de 18 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Hardy, le 11 septembre 1871. Constitution assez bonne, tempérament lymphatico-sanguin. Réglée à l'âge de 14 ans, menstruation régulière, santé très bonne. Au mois de mai dernier, elle s'est crue enceinte ; en effet, elle éprouve quelques-uns des symptômes de la grossesse à son début ; dégoût, anorexie, nausées, quelques vomissements. D'abord, elle remarque à deux époques une diminution notable des règles, qui ensuite se suppriment complètement. Dès l'apparition des phénomènes morbides que nous venons de citer, la malade s'aperçut que son ventre augmentait de volume, et presque en même temps elle éprouva des douleurs très vives, ayant leur point de départ dans la fosse iliaque droite et s'irradiant dans tout le ventre. En même temps, elle a eu des faiblesses et des défaillances fréquentes. Tous ces symptômes, peu prononcés dans les premiers mois, ont augmenté graduellement jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital et le ventre a pris rapidement un volume considérable. Il y a quelques jours, les douleurs sont devenues tellement vives et le travail si pénible que la malade se décida à consulter une sage-femme qui lui dit que non seulement elle était enceinte, mais qu'elle était au terme de sa grossesse. Elle entra à l'hôpital Saint-Louis, espérant qu'elle serait bientôt délivrée de ses maux.

22 septembre. — Le premier examen nous fait douter de la

grossesse de cette jeune fille. Le toucher vaginal nous permet de constater que le col de l'utérus a conservé tous les caractères qu'il présente pendant la virginité, et il est impossible de déterminer le ballottement de l'utérus. Le doigt sent en avant du vagin, entre cet organe et la vessie, une tumeur énorme, qu'il ne peut circonscrire dans aucun sens. Par le toucher rectal, on sent le corps de la matrice dans le bassin et placé en avant du sacrum ; il peut être facilement délimité. Les mains appliquées sur le ventre ne perçoivent nullement les mouvements du fœtus, et l'auscultation ne révèle ni bruits de souffle ni bruits du cœur.

Les renseignements fournis par la malade viennent encore éclairer le diagnostic et faire rejeter toute idée de grossesse. D'abord cette fille n'a éprouvé les premiers symptômes de sa prétendue grossesse qu'à la fin d'avril ou au commencement de mai ; elle ne pourrait donc pas être à terme ; et, même s'il y avait grossesse, elle serait peu avancée, car elle aurait encore trois ou quatre mois ; mais, d'un autre côté, si on examine le ventre, on voit qu'il est arrivé à un développement considérable, qui est bien au moins celui d'une femme prête à accoucher. Il y a donc, entre l'époque du début des accidents et le volume du ventre, une opposition manifeste qui infirme l'existence d'une grossesse. Enfin les seins n'ont jamais présenté, ni dans leur volume, ni dans la couleur de l'aréole, aucune des modifications qui s'observent pendant la gestation.

En palpant l'abdomen, on trouve une tumeur énorme, remplissant presque tout le ventre, un peu résistante, bosselée et inégale.

Par son extrémité inférieure elle plonge dans le bassin, et son extrémité supérieure se prolonge jusque dans l'hypocondre droit et l'épigastre et est recouverte par le foie. Cette tumeur

est mate à la percussion. Dans quelques points, nous avons cru, à un certain examen, sentir de la fluctuation; mais il nous a été facile de nous apercevoir que cette sensation était fausse et que nous nous étions trompé.

À la partie moyenne, vers l'ombilic, la tumeur présente une scissure profonde, qu'on sent parfaitement en déprimant les parois abdominales. Elle semble être une ligne de séparation entre deux tumeurs distinctes, qui se toucheraient seulement en ce point, dont l'une, la supérieure, se continuerait avec le oie, dont elle ferait partie, dont l'autre aurait un point d'origine vers le bassin.

Une circonstance favorable à cette supposition c'est que le bord supérieur de la rainure est mince et tranchant et ressemble assez bien au bord inférieur du foie. Mais, en examinant plus attentivement, on trouve que cette disposition n'est qu'apparente, et que l'existence de deux tumeurs distinctes n'est pas admissible. D'ailleurs, à gauche de l'ombilic, la scissure est interrompue et les deux tumeurs se continuent l'une avec l'autre.

La tumeur nous paraît solide; cependant, pour nous en assurer d'une façon définitive, et surtout pour ne conserver aucun doute au sujet de la fluctuation que nous avons cru observer le premier jour, nous faisons, le 15 octobre, une ponction exploratrice avec un petit trocart; mais nous ne voyons sortir par l'extrémité de la canule que quelques gouttes de sérosité sanguinolente. Ce caractère était plus que suffisant, en l'absence de plusieurs autres importants, pour faire rejeter l'idée d'un kyste de l'ovaire ou de toute autre tumeur liquide.

Pendant quelque temps, M. Hardy resta dans le doute sur la nature de cette tumeur; mais sa marche incessante et rapide, les symptômes graves auxquels elle donna lieu firent supposer

qu'elle pourrait être de nature cancéreuse. En effet, le ventre ne cessa pas d'augmenter de volume jusqu'à la terminaison fatale. Quelques jours avant la mort, il mesurait 85 centimètres sur son cercle de circonférence le plus développé. Les vomissements devinrent incoercibles dans les dernières semaines, et la malade en était arrivée à ne plus pouvoir rien prendre, pas même la plus petite quantité de liquide, sans vomir immédiatement.

A ces premiers symptômes vinrent s'en ajouter d'autres, tels qu'une fièvre hectique, qui ne se montra d'abord que le soir ou la nuit, mais qui devint bientôt continue avec des exacerbations vers la fin de la journée; une diarrhée abondante verdâtre et quelquefois lientérique; dans les derniers jours la diarrhée fit place à une constipation opiniâtre.

La tumeur, en se développant, refoula fortement le foie en haut, amena une dilatation considérable de la base de la poitrine et par suite une gêne extrême de la respiration.

Les veines superficielles du ventre et de la base de la poitrine ont acquis un développement marqué, indiquant une grande gêne de la circulation, et se dessinant sous forme de lignes bleuâtres.

Enfin, la malade tomba dans le marasme et devint d'une maigreur extrême; sa figure, ses membres et la partie supérieure du tronc, réduits presque à l'état de squelette, contrastaient étrangement avec le volume prodigieux du ventre.

Elle succomba le 11 novembre 1871.

Autopsie le 20 novembre.

Lorsqu'on ouvrit le ventre, il s'écoula environ 250 grammes de sérosité limpide, claire, transparente.

Presque toute la masse de l'intestin grêle était rejetée dans le flanc gauche et n'avait éprouvé aucune compression. La tumeur se trouvait placée en bas, en avant du cæcum et de l'intestin

grêle, en haut en avant du côlon transverse, mais sans comprimer ni l'un ni l'autre.

L'utérus est également placé derrière la tumeur, mais il est refoulé au pied du bassin; il n'est le siège d'aucune altération ainsi que l'ovaire et le ligament large gauche. Le ligament large du côté droit est le seul cul-de-sac vésico-vaginal paraissant avoir été le point de départ de la tumeur. En effet, c'est dans ce point qu'elle est implantée. L'ovaire atrophié est plaqué en dehors et un peu en arrière.

Cette tumeur est libre dans toute son étendue, sauf quelques adhérences qui l'unissent au foie et aux parois abdominales; ce sont des ligaments fibreux. La surface est lisse, mais présentant un grand nombre de bosselures, de grosseur variable, depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'une orange. Ces saillies semblent être des tumeurs en quelque sorte surnuméraires, implantées sur la tumeur principale.

La plupart renfermaient un liquide et présentaient une fluctuation manifeste; quelques-unes mêmes étaient complètement transparentes. En les incisant, on faisait écouler un liquide séreux, clair et limpide, tout à fait semblable à celui que nous avons trouvé dans le péritoine. Leur cavité était lisse et transparente et communiquait par un orifice rétréci avec celle d'une tumeur voisine et même d'autres cavités contenues dans l'épaisseur de la tumeur elle-même, et ne faisait point saillie à l'extérieur. Il en résultait une disposition analogue à celle que présentent les cellules d'une éponge.

Après avoir fendu la masse par une section verticale en deux parties à peu près égales, nous trouvâmes un tissu moitié squirrheux et moitié lardacé, assez résistant et assez difficile à inciser. Les deux surfaces de la section présentaient une couleur blanchâtre marbrée de taches jaunes ocrées, rouges et brunâtre. De plus, la partie inférieure de la tumeur nous pré-

senta d'une manière très prononcée la disposition cellulaire et aérolaire dont nous avons parlé. Dans l'épaisseur du mésentère, dans l'épiploon, dans le péritoine des parois abdominales, et surtout à la face inférieure du diaphragme nous avons trouvé un très grand nombre de petites tumeurs mamelonnées, dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf. Les petites tumeurs avaient également un aspect et une consistance lardacés.

Enfin, nous avons trouvé dans le médiastin, en avant de la crosse de l'aorte une tumeur de même nature ayant environ le volume d'une petite orange.

Suit l'examen histologique fait par M. Lufoy et dont voici le résumé :

Cette tumeur était un beau spécimen du cancer nucléaire, qui, dans quelques-unes de ses parties, avait subi des transformations de la nature des transformations rétrogrades, ainsi que le prouve la rareté des noyaux cancéreux en ces points, la grande quantité de graisse émulsionnée et l'abondance de la substance conjonctive.

### OBSERVATION XVIII

(*Progrès médical*, 1881, par MM. Kelsch et Vannebroucq).

*Sarcôme globo-cellulaire du péritoine ; fibro-myomes de l'utérus.* — Rosalie Debac..., âgée de 59 ans, journalière, mère de 3 enfants, est admise à l'hôpital Saint-Sauveur, le 11 septembre 1880. Cette femme, laborieuse et sobre d'habitude, raconte qu'après avoir toujours joui d'une excellente santé, elle a commencé, il y a deux ans environ à éprouver une douleur sourde et incessante dans le bas-ventre ; en même temps, elle se sentit dépérir et s'aperçut que ses jambes enflaient chaque fois qu'elle

allait travailler à la journée. L'enflure, limitée d'abord aux membres inférieurs, s'étendit peu à peu au ventre, et c'est le gonflement croissant de ce dernier qui l'a décidée à venir à l'hôpital.

Au moment de l'admission, état apyrétique, figure amaigrie, air souffreteux, sans teint cachectique pourtant. La malade se plaint d'une douleur sourde, diffuse, continue dans le ventre, avec exabertion périodique ; le péritoine contient une notable quantité de liquide ; la pression exaspère la douleur, mais ne révèle rien d'insolite ; les dimensions du foie et de la rate sont normales. Les organes thoraciques paraissent sains. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La malade mange, digère bien et n'a pas de diarrhée.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, l'épanchement ascitique a fait de notables progrès, et rend la ponction nécessaire. Elle donne issue à sept litres d'un liquide séro-sanguinolent ; les dernières portions étaient formées par du sang presque pur. Après l'évacuation du liquide, on perçoit dans le bas-ventre une intumescence diffuse, molle, pâteuse, qui ne se déplace pas dans les changements de position, et donne un son mat à la percussion, sans sensation de flot.

A partir de ce moment, la malade décline rapidement. Les douleurs abdominales deviennent plus vives et plus continues, l'œdème des jambes augmente. L'amaigrissement fait de rapides progrès, la cachexie survient, et peu à peu, la malade tombe dans un état de prostration, avec délire calme, au milieu duquel elle succomba, le 2 octobre 1880.

*Autopsie*, vingt-quatre heures après la mort. — Le *cerveau* est mou, diffus, mais sans lésion superficielle ou profonde.

Les deux *poumons* sont libres, exempts de tout vestige de tuberculose ; ils crépitent partout, sauf dans les parties postéro-inférieures qui sont un peu engouées.

Le cœur est petit, flasque ; ses valvules et ses orifices sont sains, ses cavités contiennent des caillots fibrineux à droite, cruoriques à gauche.

*Abdomen.* — Le péritoine contient environ 200 grammes de liquide citrin, quelque peu louche. Mais, ce qui frappe avant tout, c'est une production néoplasique colossale de la séreuse abdominale. Le petit bassin et la partie inférieure de la cavité abdominale sont remplis par une masse diffuente, d'un gris blanchâtre ou rosé, d'apparence médullaire, qui adhère par des tractus fibro-vasculaires au péritoine pelvien, à la face inférieure du mésentère, au méso-rectum. La mollesse, la diffuence de cette production sont telles, qu'elle prend l'empreinte des parties sur lesquelles elle repose ; saisie entre les mains, elle se résout, par la moindre pression, en une pulpe fluide qui ressemble à du lait cancéreux. Placée sous un filet d'eau, elle se désagrège rapidement et laisse un stroma fibro-vasculaire excessivement grêle, qui procède du péritoine. En dehors du foyer néoplasique, la membrane séreuse est dépolie, mais sans exsudation, sans caractères phlegmasiques à proprement parler. En écartant les masses molles qui végètent sur le péritoine, on met tout à coup à découvert trois grosses tumeurs qui émergent au-dessus du détroit supérieur, et qui contrastent par leur dureté avec les productions diffuentes du péritoine. Ce sont des fibro-myômes volumineux de l'utérus, dont l'un, de la grosseur d'un œuf de poule, est enchâssé dans le fond de l'organe, vers l'angle droit, et dessine en même temps une légère saillie dans la cavité utérine ; il est nettement séparé du parenchyme par un kyste fibreux ; l'autre, du volume d'un œuf d'oie, emprisonné dans une coque calcaire presque complète, qui se brise sous la pression des doigts, repose sur le bord gauche de la matrice, et se confond par sa base avec le tissu utérin même ; le troisième, le plus volumineux, aux dimensions, d'une tête de fœtus à

terme, adhère, par un pédicule mince, fibreux, à la partie inférieure du bord gauche de l'utérus, au point où celui-ci se continue avec le col. Le corps et le col de l'utérus sont hypertrophiés et sensiblement allongés (0,13 pour le corps et le col réunis). L'orifice externe est normal, le vagin ne présente rien de particulier.

La rate est très petite, comme flétrie. Le foie est quelque peu atrophié (1,390 gr.) et légèrement graisseux. A part la pâleur de la muqueuse, ni l'estomac, ni l'intestin, n'ont rien présenté de particulier. Le tissu cellulaire du bassin est intact.

Les reins, les urètres et la vessie sont normaux.

Après l'examen histologique on voit, en résumé qu'il s'agit d'un sarcôme mou, globe-cellulaire du péritoine, ayant revêtu sur une partie de son étendue la forme papillaire.

L'évacuation d'un liquide sanglant par la ponction avait, comme il a été dit plus haut, suggéré l'idée d'un processus spécifique du péritoine.

Mais quel était ce processus? Était-il primitif ou secondaire?

Une tuberculose péritonéale était la supposition la plus naturelle, et pourtant ne pouvait être mise sérieusement en avant, en égard à l'absence de tout signe de tuberculose pulmonaire ou autre. Admettre une tuberculose péritonéale primitive nous paraissait assez téméraire, bien que, d'après les remarques de Klebs (*Handbuch der Path. Anat.* P. 336) le fait n'eût pas été absolument sans précédents. On inclinait, en fin de compte, en faveur d'un carcinôme du péritoine. La carcinose péritonéale primitive est, il est vrai, presque aussi rare que la tuberculose primitive. Néanmoins, sur 40 cas réunis par Pétrina (*Ueber Carcinoma Perit., Prager. Viertelj.* 1872. II. 41), 14 fois la lésion était primitive. L'état général, la rapidité de la marche de la maladie imposaient dans tous les cas, ici, l'idée d'une tumeur maligne. La tumeur était assurément maligne, mais

l'autopsie a démontré qu'il s'agissait, non d'une tumeur épithéliale, mais d'une production conjonctive. Les tumeurs de substance conjonctive sont assurément très rares dans le péritoine, bien entendu, si on élimine les petites productions fibreuses, sessiles ou pédiculées et les transformations myxomateuses assez communes du tissu adipeux de cette membrane. Ritter a décrit dans les *Archives de Virchow* (36 p. 591) un cas de myxôme primitif observé dans la clinique de Hasse, et Waldeyer relate (*ibid.* 32. 545) un fait de lipo-myxo-sarcôme, qui pesait 65 livres et qui avait eu pour point de départ le mésentère. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale d'autre mention de sarcôme péritonéal, et nous pensons que des faits semblables à celui que nous venons de citer sont au moins rares. Il convient, néanmoins, de leur ouvrir une place dans l'histoire pathologique du péritoine, et de ne pas les oublier dans les problèmes de diagnostic que la clinique soulève à propos des maladies idiopathiques de cette séreuse.

#### OBSERVATION XVII. — (Chuquet).

(*Bulletin Société anatomique*, nov. 1866)

*Tumeur cancéreuse simulant une grossesse double.* — M. Théophile Auger présente les viscères d'une femme de 25 ans morte dans le service de M. Nélaton, à la clinique, où elle était entrée depuis un mois et demi. Cette femme qui venait d'accoucher, accusait dans le ventre la présence d'une tumeur, pouvant faire croire un instant qu'elle avait eu une grossesse gémellaire.

Le ventre était le siège d'une ascite notable, et, en déprimant le liquide, on parvenait sur une tumeur solide s'étendant jusque dans le petit bassin; mais le toucher fit voir que l'utérus était

libre. L'idée de la présence d'un second fœtus fut écartée et malgré la rareté de l'ascite en pareil cas, on crut à l'existence d'une tumeur fibreuse.

L'ascite augmentant rapidement, il fallut recourir le 23 novembre à une ponction. Celle-ci amena un soulagement marqué, et l'on put mieux apprécier, par la dépression de la paroi abdominale, les caractères de la tumeur qui parut jouir d'une certaine mobilité et donner lieu au frottement péritonéal.

Le liquide se reproduisit et le 23 novembre on dut recourir à une seconde ponction. La malade mourut 3 jours après.

A l'autopsie on trouva une tumeur énorme formée par l'épiploon, comme lardacée, donnant à la pression un suc séro-lactescent; au centre de l'épiploon se trouvait un kyste énorme; une quantité innombrable de petites tumeurs lardacées, jaunâtres, variant depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noisette, couvraient la surface péritonéale de tous les viscères abdominaux, depuis la surface inférieure du diaphragme jusqu'au plancher du petit bassin; et, chose remarquable, tous les viscères en question étaient exempts de cette altération, car en relevant avec une pince le péritoine qui les recouvrait, on enlevait en même temps toutes les petites tumeurs, sans qu'une seule pénétrât dans la substance même des organes. M. Auger a bien cherché, désirant trouver un viscère atteint de la même altération, mais en dehors des viscères abdominaux qui tous ont subi la même dégénérescence que l'épiploon, il n'a rien trouvé.

L'examen au microscope a révélé la présence d'éléments nucléaires avec nucléoles brillants et granulations graisseuses, mais pas d'autres éléments.

En conséquence, M. Auger croit devoir présenter ces pièces comme un bel exemple de cancer nucléaire du péritoine.

### OBSERVATION XIX

*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,*  
1897, p. 61. Par Sainton

C.... Emilie, âgée de 56 ans, entre, le 1<sup>er</sup> septembre 1896, salle Maurice Raynaud. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, on note une scarlatine dans l'enfance, une fluxion de poitrine à 24 ans, une attaque d'albuminurie à 42 ans, ayant nécessité le régime lacté pendant un an.

Le début de la maladie actuelle eut lieu, il y a dix mois par des douleurs dans les reins, puis dans l'abdomen, accompagnées de diarrhée se produisant immédiatement après l'ingestion des aliments ; en même temps que ces symptômes apparaissait un dégoût très prononcé pour la viande, que la malade mangeait volontiers auparavant.

A son entrée à l'hôpital, cette femme se plaint de douleurs abdominales intenses irradiant dans les reins, d'inappétence absolue, de renvois et de ballonnement de ventre après le repas, elle a plutôt de la diarrhée que de la constipation, L'examen de l'abdomen ne fournit guère de renseignements ; la pression réveille dans la région hépatique une douleur assez vive, mais nulle part on ne sent de tuméfaction appréciable. Les urines ne sont pas albumineuses. Leur densité est de 1°025 elles contiennent 25 grammes d'urée par litre et 6 grammes de chlorures.

Les jours suivants les mêmes douleurs persistent, le ventre se ballonne, les membres s'œdématisent et la percussion révèle de la matité appréciable dans la région des flancs. Le 19 septembre, l'épanchement a un peu augmenté, la malade réclame

une intervention, on pratiqua alors une première ponction qui emmena l'issue d'un litre de liquide lactescent. Pendant le mois d'octobre l'état de la patiente s'aggrave, lentement, l'appétit est nul, la langue sèche et rôtie, la diarrhée est presque continuelle; de petites poussées fébriles aux environs de 38°5 se produisent de temps à autre. Le ventre se distend, sa paroi est un peu œdématiée et l'on constate tous les signes d'un épanchement péritonéal abondant. Une deuxième ponction pratiquée le 19 octobre, donne issue cette fois à 6 litres de liquide présentant l'aspect de celui extrait antérieurement.

Cette ponction n'amène qu'un soulagement temporaire; la cachexie de la malade augmente, c'est à peine si elle peut ingérer quelques verres de lait par jour, un subdélirium apparaît, et elle meurt dans le marasme le 17 décembre.

Autopsie 24 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen on recueille dix litres de liquide offrant les mêmes caractères que celui recueilli par ponction pendant la vie: sa couleur légèrement modifiée est un peu jaunâtre. L'examen de la cavité abdominale permet de constater qu'à sa partie inférieure le tablier épiploïque a contracté quelques adhérences avec la paroi du côté gauche, elles se font par l'intermédiaire de petits tractus fibreux, peu résistants, qui cèdent au moindre effort. Le péritoine est un peu épaissi au niveau de la rate qui est entourée d'une coque de périplénite. Nulle part il n'est possible de trouver des lésions des chylifères.

L'estomac est dilaté, il existe une infiltration cancéreuse de la région pylorique empiétant sur le duodénum jusqu'au niveau de son passage au-devant du rein et atteignant une étendue d'environ 6 centimètres. Le pancréas est normal. Quelques ganglions mésentériques sont volumineux.

Le foie est de volume et de consistance normaux, et ni sur la coupe, ni à sa surface, on ne trouve de noyaux cancéreux. Les

reins sont sclérokystiques. Les organes thoraciques sont normaux, à l'exception de quelques adhérences pleurales à la base du poumon.

*Caractères du liquide.* — Il est d'aspect lactescent, comparable à celui de lait fortement étendu. Dans les liquides recueillis lors des deux premières ponctions, il s'est formé, au bout de 5 à 6 jours, un léger dépôt composé par une poussière blanchâtre. L'examen microscopique montre qu'il est constitué par une multitude de petites granulations réfringentes, très fines, animées de mouvements browniens et ne se colorant pas par l'acide osmique : dans le champ du microscope, on apercevait quelques cellules épithéliales déformées et de rares globules blancs.

*Examen chimique.* — Voici les résultats des analyses des trois liquides successivement recueillis. Sucre : il se forme un précipité abondant par la liqueur de Fehling, mais la recherche avec le polarimètre est négative.

*Examen du serum sanguin.* — Il était intéressant de rechercher si, chez notre malade, le sérum sanguin présentait des caractères analogues à ceux de la sérosité ascitique, la question des sérums lactescents étant toute d'actualité. Le sérum recueilli grâce à l'application d'une ventouse sacrifiée n'avait pas l'aspect lactescent.

## OBSERVATION XX

(*Société anat.* 1896 p. 719 et suiv. par MM. Pilliet et Veau)

(Clinique chirurgicale de la Charité)

*Sarcome rétropéritonéale.* — Dem. Joséphine, âgée de 45 ans, exerçait la profession de lingère, son père est mort de fièvre typhoïde et sa mère d'une maladie de foie avec ascite.

Un frère est mort tuberculeux à 22 ans. Elle a encore une sœur bien portante qui a 60 ans.

Elle même à 2 ans eut la variole, à 5 ans la rougeole, à 12 ans une maladie aiguë des voies respiratoires. Elle fut réglée à 15 ans 1/2. Les règles étaient difficiles, irrégulières avec douleurs. Elle eut quatre enfants et deux fausses couches. L'aîné de ses enfants est mort à 11 ans de méningite, il aurait actuellement 36 ans. Les trois autres se portent bien, le plus jeune a 25 ans.

Les règles cessèrent à 44 ans. La malade souffrit à ce moment de malaise, d'un affaiblissement général. Elle maigrit un peu et après quelques mois reprit de l'embonpoint.

Elle avait une très bonne santé jusqu'à l'année dernière. Au mois d'octobre elle eut des phénomènes de sciatique dans la jambe gauche.

Elle consulta plusieurs médecins qui lui appliquèrent des révulsifs sans aucun résultat.

Les douleurs loin de se calmer augmentèrent peu à peu et depuis 6 mois elles sont très vives.

A partir de ce moment, la malade a commencé à sentir ses forces diminuer, son appétit disparaît, son teint devient blanchâtre.

Il y a quatre mois devient accessible dans la fosse iliaque gauche une tumeur du volume du poing non douloureuse, mobile, dit la malade. Elle se déplaçait suivant le côté où elle était couchée. A partir de ce moment, le ventre, qui était plutôt plat, a augmenté de volume progressivement et lentement jusqu'au commencement de juillet. Depuis cette époque il s'est accru brusquement.

Ce sont ces douleurs, cet accroissement de volume, cette cachexie, qui l'amènent à l'hôpital.

Le 4 août 1896 elle entre dans le service de M. le professeur

Tiltaux, suppléé alors par M. Walther. Elle est couchée salle Gosselin, n° 10.

*Etat actuel.* — A l'inspection, on trouve un ventre gros, saillant en avant; il est plus proéminent du côté gauche. La cicatrice ombilicale est étalée. La peau présente des vergetures anciennes blanchâtres. Un réseau veineux sous-cutané se dessine sous les téguments.

La palpation montre une tumeur siégeant principalement dans le flanc gauche, mais s'étendant loin, au dessus et à droite de l'ombilie.

Sa consistance est irrégulière, sa fluctuation est nette dans le flanc droit. Par chiquenaude, on obtient un tremblotement à droite et à gauche de la ligne médiane. Mais la transmission ne se fait pas d'un côté à l'autre. Dans l'épigastre existe une masse rénitente dure et irrégulière, douloureuse au palper.

La percussion indique de la matité sur toute l'étendue de la tumeur, sauf sur la partie latérale droite près de la ligne ombilicale où par moment on trouve une bande de sonorité longue, verticale, en même temps que l'on voit se dessiner sous la peau la saillie arrondie de l'anse intestinale. Gargouillement. Matité sur les côtes et dans l'épigastre. Ces résultats de la percussion ne sont pas modifiés par les changements de position de la malade.

Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement, on ne sent rien dans les culs-de-sac.

*Symptômes fonctionnels.* — La malade se plaint surtout de sa cuisse gauche qui reste demi-fléchie sur le bassin, l'extension complète est impossible.

*Appareil digestif.* — Diarrhée, pas de sang dans les matières, pas de vomissements. Cœur normal, pas de lésions pulmonaires appréciables.

Ni sucre ni albumine dans l'urine.

Devant ces symptômes on posa le diagnostic : tumeur maligne kystique de l'ovaire.

*Opération* le 12 août 1896. — Après anesthésie par l'éther, il fit une incision médiane sous-ombilicale. Il tombe aussitôt sur une masse arrondie à surface blanchâtre, fluctuante. Il ponctionne, pas de liquide. Il essaie de contourner et trouve des adhérences à la paroi postérieure. Il agrandit l'incision qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il constate alors très nettement que la tumeur est sous-péritonéale. Le côlon est en avant d'elle. Le côlon descendant s'avance trop près de la ligne médiane. L'intestin grêle est rejeté latéralement. La dénudation de la tumeur est assez facile. Elle présente des parties grisâtres ressemblant à du tissu cérébral se déchirant facilement sous le doigt, d'autres masses plus dures sont disséminées. La partie supérieure de la tumeur est coiffée d'une abondante quantité de graisse. Le côlon transverse est isolé de son mésentère sur une grande étendue. La loge rénale est ouverte à droite, on voit le rein qui présente un kyste à sa partie inférieure. Il y a peu d'hémorrhagie. L'ovaire est sain. On ne peut enlever la totalité de la tumeur. La capsule est située à la peau à la partie inférieure. Drainage. Mikuliez. Suture en un seul plan.

13 à 14 août. — Bon état général. Changement du pansement qui avait beaucoup suinté. Injection de sérum artificiel. La température oscille autour de 38°,3.

Le 15. — Ablation du Mikuliez remplacé par un drain volumineux. La malade commence à avoir une diarrhée extrêmement abondante et fétide. Pas de vomissement, pas de douleur abdominale. Température du matin, 38°,2; du soir 37°,7.

Le 16. — L'état se maintient bon, la diarrhée persiste. Température du matin, 37°,8; du soir, 37°,7.

Le 17. — La malade commence à être agitée. Température du matin, 38°; du soir, 38°,4.

Le 18. — La diarrhée s'exagère. Température du matin, 38°,7; du soir, 38°,6.

Le 19. — Etat général plus grave, grand abattement. Température du matin, 38°,4; du soir, 38°,9.

Le 20. — Température du matin, 39°,3; du soir, 39°,6. Faciès grippé, affaissement complet. Pouls à 150°, petit. Anurie.

Le 21. — La diarrhée cesse, pouls uniforme incomptable. Température, 39°,9. Mort à 1 heure.

*Autopsie.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, le péritoine apparaît sain. Pas de pus. Aspect normal du côlon transverse malgré son isolement complet. On tombe dans une grande poche, reste de la capsule. Le rein en forme la paroi postérieure et supérieure.

Vers la fosse iliaque gauche, le reste de la tumeur est adhérent immobile. A la dissection, on constate une adhérence intime aux deux dernières vertèbres lombaires et au sacrum. Le pouls est infiltré, sa gaine très épaissie est blanchâtre.

L'urètre absolument comprimé et maintenu fixée contre les vaisseaux.

Les plexus sacré et lombaire sont compris dans la tumeur.

*Examen par M. Pilliet chef du laboratoire.* — Les différents morceaux de la tumeur n'ont pas été pesés frais. Après un séjour assez prolongé dans l'alcool ils représentent un poids d'environ cinq kilogrammes. Sur les surfaces de section les tissus paraissent franchement graisseux, leur coloration est jaunâtre, leur contact onctueux, la coupe suintante et graissant le couteau. On voit même les prolongements de la tumeur affecter les formes renflées de franges graisseuses.

Les coupes histologiques, faites par les méthodes ordinaires et colorées, soit au carmin d'alun, soit à l'hématoxyline éosine,

montrent qu'il n'en est rien et que la structure prédominante de la tumeur est celle du sarcome malgré une énorme quantité de cellules adipeuses. La structure de la tumeur est sensiblement la même dans ses diverses parties la plus ou moins grande quantité des cellules graisseuses, la présence ou l'absence de points dégénérés dans lesquels les éléments ont perdu le pouvoir de fixer les colorants, font seules quelques différences.

Sur les coupes de la périphérie de la tumeur on constate que sa trame est formée de grandes cellules étoilées, ou plutôt membraniformes, car leur cytoplasma est très étendu. Elles sont feutrées et disposées en larges tourbillons autour des vaisseaux. Au milieu de ces cellules sont dispersés un nombre considérable d'éléments graisseux, qui forment par places à eux seuls des îlots assez étendus. Les uns sont très petits, d'autres extrêmement volumineux, atteignant et dépassant même 120 de diamètre.

Ces énormes cellules adipeuses présentent sous leur membrane d'enveloppe une nappe cytoplasmique qui contient souvent plusieurs noyaux, non pas groupés à un seul pôle de l'élément mais répartis dans toute la masse granuleuse du plasma. Ils sont légèrement elliptiques et de volume inégal. Les cellules de ce type sont très nombreuses et donnent raison aux principes d'anatomie générale d'après lesquels l'élément adipeux serait un organe complexe, comme l'élément musculaire strié et susceptible par conséquent de devenir un véritable groupement cellulaire au lieu de rester une cellule unique.

Les vaisseaux qui parcourent la trame sont forts intéressants à observer. Les plus petits contiennent un certain nombre de cellules rondes à gros noyaux, qui les remplissent et ne peuvent être autre chose, d'après leurs réactions, que des globules rouges nucléés. Cet aspect est très fréquent dans toute la tumeur. Un autre plus rare est celui d'un vaisseau dans lequel les cel-

lules de la paroi et celles du centre ne se sont pas encore séparées, en sorte que l'on a sous les yeux une petite plaque, vasiformatrice à noyaux multiples. Le plasma de ces éléments est très ferme, et sur les fragments de la tumeur conservés dans la liqueur de Muller il se colore fortement par l'éosine.

Mais à côté de ces figures de néo-vaisseaux si fréquentes dans les sarcomes et qui en constituent d'après l'un de nous l'élément caractéristique (V. Pillet. *Etude sur le sarcome*, *Tribune médicale*, 1892), il est des formes tout aussi intéressantes, et qui dérivent directement des premières. Les néo-formations vasculaires des tumeurs en général sont en effet vouées à une destruction de l'organisme. L'ensemble du sujet n'est pas équilibré, ni comme organes de fabrication du sang, ni comme organes de distribution, pour ces masses surajoutées; c'est même pour cela que toute tumeur maligne est immédiatement et par elle-même une cause d'affaiblissement général: un chancre rongeant, dans le sens des anciens auteurs. Mais l'apport insuffisant du sang aux nouveaux vaisseaux du sarcome amène la mort de ceux-ci et la nécrose partielle du tissu qui les entoure, d'où il suit que les plaques de nécrose ou de ramollissement, ou les kystes qui en sont le reliquat sont toujours d'autant plus nombreux dans un sarcome que les points de pullulation active s'y trouvent plus multiples. La même chose se produit en sens inverse, dans les tumeurs épithéliales, là c'est la pullulation des cellules privées de vaisseaux; les masses épidermiques d'un épithélioma lingual, par exemple, qui crée des îlots tellement épais que leur centre ne peut plus être nourri par les vaisseaux de la trame et se nécrose pour s'ulcérer ensuite, tandis que les cellules pariétales de l'îlot conservent leur redoutable vitalité.

Dans la tumeur qui nous occupe, la dégénérescence des vaisseaux sanguins est typique. Leurs parois s'épaississent et

forment des anneaux spiralés, des turbans qu'on prendrait au premier abord pour des parois d'artériole, si l'examen plus minutieux n'y démontrait l'absence de fibres musculaires lisses et même d'éléments figurés. Il s'agit en effet d'une fusion des cellules suivie d'une dégénérescence spéciale qui rentre dans la catégorie des dégénérescences hyalines de Recklinghausen. Ces éléments transformés et tuméfiés pourrait aussi en imposer pour les fibres du tissu conjonctif; mais la masse n'a pas de structure fibrillaire définie en dehors de celles que nécessitent les stades de sa transformation et elle fixe les colorants, rouges ou bleus, d'une manière intense que le tissu conjonctif vivant ne possède pas. Ces vaisseaux contiennent beaucoup de globules rouges, petits, décolorés; en revanche, aucun myélopaxe, ni aucune cellule nucléée autre que quelques leucocytes. Autour d'eux se rencontrent des infiltrats hémorragiques fréquents dans lesquels l'hémoglobine a subi toute une série de transformations dont l'aboutissant est la formation de pigment jaune noir, en masse irrégulière d'apparence; grossièrement cristalline, et semblant surtout composés d'hématoïne agglomérée. Ces inondations sanguines, qui sont de règle dans tous les sarcomes, se produisent malgré l'épaisseur apparente des parois vasculaires dont nous venons d'indiquer la véritable nature et la fragilité réelle.

On voit, sans que nous sachions par quel mécanisme, les globules rouges sanguins pénétrer dans les grandes cellules adipeuses et y subir un commencement de transformation pigmentaire. L'un de nous a déjà signalé l'existence de pigment sanguin dans les cellules adipeuse chez les nouveaux-nés mort en état d'apoplexie.

## CONCLUSIONS

---

1° La péritonite cancéreuse primitive, dont des travaux antérieurs, et dont les observations récentes maintiennent l'existence, évolue d'une façon chronique ou quelquefois aiguë.

2° Elle présente cette particularité étiologique de frapper de préférence les femmes et de présenter souvent dans le petit bassin une masse néoplasique qui pourraient être le point de départ.

3° Elle se révèle par l'augmentation de volume du ventre due au météorisme, à des tumeurs multiples, à l'ascite qui peut être séreuse ou hémorrhagique. Des observations ont montré qu'en cas de cancer abdominal, on pourrait trouver une ascite spéciale laiteuse non chyleuse.

4° Dans le diagnostic, c'est surtout la péritonite tuberculeuse qui pourra causer des erreurs. L'inoculation de l'épanchement aux animaux lève les doutes.

5° Il n'existe aucun traitement permettant de guérir la péritonite cancéreuse primitive.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse :

HAYEM.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Dictionnaire Dechambre.  
Manuel de médecine.  
Traité de médecine.  
Dictionnaire Jaccoud.  
VILLAR. — Tumeurs de l'ombilic. Th. Paris 86.  
MONGIRD. — Cancer du péritoine. Thèse Paris 84.  
GOLOATT. ASLANIAN. — Contribution à l'étude de la péritonite  
cancéreuse, 95.  
CHUQUET. — Cancer généralisé du péritoine. Thèse, Paris 84.  
HANOT ET GILBERT. — Maladies du foie.  
QUENU ET HARTMAN. — Chirurgie du rectum.  
DEBOVE. — Soc. médicale des hôpitaux 1879.  
CORNIL ET RANVIER. — Histologie pathologique.  
Archives de médecine expérimentale 1893.  
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1897.  
Progrès médical 1881 n° 38.  
HAYEM. — Le sang.  
LANCEREAUX. — Anatomie pathologique II.  
ZIEGLER. — Anatomie pathologique.  
CLAVIER. — Thèse. Paris 95.

ROUSSEAU. — Thèse. Paris 95. — Adénopathie sous claviculaire dans les cancers viscéraux.

Gazette des hôpitaux, 13 avril 93.

GALVANIG. — Thèse. Paris 72.

LORREYTE. — Thèse, Paris 75.

GUILLEMINOT. — Thèse. Paris 76.

VENÉGAS. — Archives de médecine navale 1876.

Revue des maladies cancéreuses.







